# Suïcide bij ambtenaren van politie

## Frequentie, oorzaken en preventiemogelijkheden

impact

partner in

arq Psychotrauma Expert Groep

# Suïcide bij ambtenaren van politie

## Frequentie, oorzaken en preventiemogelijkheden

impact

partner in

arq Psychotrauma Expert Groep

## Colofon



**Leden projectgroep**
Nils Burger
Juul Gouweloos
Riëtte Mellink
Marieke de Groot
Josée Netten
Tonneke van Oss
Jan Schaart
Ine Spee (projectleider)

**Redactie**
Mieke de Waal, Geldermalsen

**Ontwerp**
Stephan Csikós, Den Haag

**Druk**
Impressed druk en print, Pijnacker

**ISBN**
978-90-78273-24-0

# Inhoud

# Samenvatting



Eind 2011 en begin 2012 brachten binnen enkele maanden drie politiemedewerkers in opleiding zichzelf om het leven. Dit tragische gegeven riep opnieuw de al vaker gestelde vraag op: komt zelfdoding vaker voor onder politiemensen? Volgens Timmer en zijn collega-onderzoekers die eerder in 2011 een rapport over dit onderwerp uitbrachten, is niet bekend hoeveel Nederlandse politiemensen zichzelf van het leven beroven en dus ook niet of dat er bovengemiddeld veel zijn. Over de oorzaken tastte men eveneens in het duister, en het was al helemaal onduidelijk hoe suïcides voorkomen konden worden. Bij de Koninklijke Marechaussee (KMar) had men wel meer zicht op het aantal medewerkers dat een eind aan hun leven maakte, maar ook daar waren oorzaken en preventiemogelijkheden nog slechts beperkt in beeld.

### Instelling van het Registratiepunt

Om meer inzicht te krijgen in suïcide onder ambtenaren van politie – dus zowel bij de politie als de KMar – werd op 1 maart 2012 het Registratiepunt Suïcide Politie en KMar (hierna: Registratiepunt) ingesteld. Sindsdien moet elke zelfdoding die zich voordoet bij de politie en KMar bij het Registratiepunt gemeld worden. Als onderzoekers die verbonden zijn aan het Registratiepunt, hebben wij vervolgens geprobeerd de oorzaken te achterhalen van de suïcides. We hoopten zo vier vragen te beantwoorden:

1. Hoeveel suïcides vinden er plaats onder ambtenaren van politie?
2. Komt suïcide onder ambtenaren van politie vaker of minder vaak voor dan in de algemene werkzame beroepsbevolking?
3. Met welke factoren hangt suïcide van ambtenaren van politie samen?
4. Welke beïnvloedingsmogelijkheden hebben de politieorganisatie en de KMar om suïcides te voorkomen?

### Over ons onderzoek

Voor ons onderzoek gingen we in totaal met 119 familieleden, collega's, leidinggevenden en zorgverleners in gesprek om de oorzaken van en aanloop naar de gemelde suïcides te reconstrueren. Daarnaast bestudeerden we dossiers over de ambtenaar van politie: het selectierapport bij aanstelling, het personeelsdossier en het medische dossier. Op basis van de gesprekken en dossiers, stelden we per suïcide een geanonimiseerde rapportage op. Deze werd ter toetsing voorgelegd aan het expertpanel dat toeziet op de kwaliteit van het Registratiepunt (zie bijlage 1 voor de samenstelling van het expertpanel). Op basis van deze onderzoeken per suïcide, aangevuld met inzichten uit de relevante literatuur, schreven we het rapport dat voor u ligt.

## Mogelijk meer suïcides bij ambtenaren van politie

Tot 1 maart 2014 zijn er 21 suïcides bij het Registratiepunt aangemeld: 1 bij de KMar en 20 bij de politie. In onze onderzoeksperiode van ruim twee jaar[1] kwam dat neer op gemiddeld 9,0 zelfdodingen per jaar. Als we de groep ambtenaren van politie vergelijken met een groep werkende Nederlanders die daar qua leeftijd en man-vrouw verhouding op lijkt, dan zou je gemiddeld per jaar 6,1 zelfdodingen verwachten. Bij de politie en KMar maken dus ongeveer anderhalf keer zoveel medewerkers een eind aan hun leven als in de vergelijkingsgroep.



Echter, deze cijfers zeggen nog weinig. De onderzoeksperiode is veel te kort om harde uitspraken te doen. Het is mogelijk dat het gemiddelde van 9,0 suïcides per jaar bij ambtenaren van politie voor een deel op toeval berust. Tegelijkertijd is er wel reden tot zorg. Recent internationaal onderzoek wijst er op dat zelfdodingen bij de politie vaker voorkomen dan bij de rest van de beroepsbevolking, al zijn er grote verschillen tussen landen en politiekorpsen.[2] Bovendien zijn de suïcides met fatale afloop slechts het spreekwoordelijke topje van de ijsberg. Van Beek, Taris en Schaufeli (2013) laten zien dat er waarschijnlijk per jaar meer dan honderd suïcidepogingen zijn onder politiemedewerkers en dat jaarlijks ongeveer tweeduizend politiemedewerkers zelfdoding overwegen.

## Dienstvuurwapen is het meest gebruikte middel

Bijna de helft van de politie- en KMar-mensen schoot zichzelf dood met een dienstvuurwapen. Dit is opvallend, omdat in Nederland bij slechts 4% van de zelfdodingen een vuurwapen wordt gebruikt.[3] De regels voor het naar huis meenemen van het dienstvuurwapen, het thuis en op het werk bewaren van het wapen, het vervoeren, innemen en teruggeven van het dienstwapen verschillen per korps/eenheid. Bovendien lijkt er losjes met de wapens omgesprongen te worden. Dit werd in het onderzoek pijnlijk duidelijk, doordat meerdere mensen die zich suïcideerden tegen de regels in over een vuurwapen konden beschikken.

## Suïcides hebben nooit maar één oorzaak

Uit het onderzoek blijkt dat steeds meerdere onderliggende oorzaken (duurzame kwetsbaarheden) en aanleidingen (stressoren) een rol speelden in de aanloop naar een zelfdoding. Geen enkele van de onderzochte suïcides kan los worden gezien van persoonskenmerken, de privéomgeving of het werk. Hoe het ‘pad’ naar een suïcidale toestand eruit zag, verschilde per persoon. Wel zijn er enkele patronen te herkennen.

Zo is er een grove tweedeling te maken in de onderliggende oorzaken. Verschillende ambtenaren van politie die zich van het leven beroofden waren impulsief, streefden naar snelle behoeftebevrediging, en dachten zwart-wit. Ze waren slecht in zelfreflectie, in het beheersen van emoties, en in het onderhouden van (stabiele) relaties. Naast deze impulsieve groep, onderscheidden we een tweede groep die eerder terughoudend te noemen was. Deze mensen lieten zelden het achterste van hun tong zien, handelden dwangmatig, waren perfectionistisch, meden sociale contacten en toonden zich onzelfstandig.

[1] Het Registratiepunt bestaat sinds 1 maart 2012, maar heeft ook suïcides onderzocht van voor die tijd. De onderzochte suïcides vonden plaats tussen 1 november 2011 en 1 maart 2014.
[2] Mishara en Martin, 2012; Timmer e.a., 2011.
[3] Kerkhof en Van Luyn, 2010: 310.

De ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, bleken niet goed in staat te zijn om met stress om te gaan. Lichamelijke klachten konden een bron van stress zijn, evenals psychische problemen, in het bijzonder angst en depressie. Maar stressoren kwamen ook uit de privé- en werkomgeving. Privé speelde bijvoorbeeld regelmatig het (dreigend) verlies van een partner of kind. Ook kwamen ongewenste omgangsvormen en soms strafbaar gedrag meerdere keren voor. Op het moment dat dit gedrag dreigde uit te komen dan wel bekend werd, zagen de betrokkenen geen andere mogelijkheid dan zichzelf van het leven te beroven. De aanleiding voor suïcide had meerdere keren ook met het werk te maken. Zo was het aanzeggen van een intern onderzoek bij uitstek een gebeurtenis waardoor veel op het spel kwam te staan. Zeker als de betrokkene niet het vertrouwen had dat hij of zij zonder kleerscheuren uit dat onderzoek zou komen. Daarnaast bestonden werkgerelateerde aanleidingen onder meer uit slecht functioneren, buiten de groep vallen en ontevredenheid met de loopbaan.



Hechte collegiale banden gelden meestal als een beschermende factor tegen suïcide,[4] maar kunnen tot 'stressor' worden op het moment dat iemand uit de groep gestoten wordt. De ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, hadden vooral vrienden op het werk en ook identificeerden zij zich vaak sterk met hun beroep. Als het werk of de positie in gevaar kwam, dreigde er meer dan alleen een inkomstenbron weg te vallen. Diverse abtenaren van politie zagen hun psychische problemen als een zwakte waarvan ze bang waren dat anderen hen hierop zouden afrekenen. Daarom zocht men regelmatig geen hulp, of pas (te) laat.

## Haperingen in de zorgketen

Bij een aanzienlijk deel van de betrokkenen was de gevoeligheid voor suïcide goed te zien. Toch is die kwetsbaarheid onvoldoende herkend vanuit de organisaties van politie en KMar. In sommige gevallen werden collega's met wie het niet goed ging bijvoorbeeld lange tijd 'in het zadel gehouden', omdat men vreesde dat het verlies van werk wel eens de druppel zou kunnen zijn die de emmer zou laten overlopen. Wanneer bekend was dat een ambtenaar van politie met zelfmoordplannen rondliep, bestonden de ingezette maatregelen hoofdzakelijk uit doorverwijzing naar psychosociale of psychiatrische hulp. In diverse gevallen lijkt die hulp ontoereikend en niet adequaat te zijn geweest, accepteerden betrokkenen de hulp niet en/of werd de hulp niet op de juiste manier afgesloten. De communicatie tussen verschillende hulpverleners (zowel binnen als buiten de organisatie) liet vaak te wensen over, signalen over suïcidale gedragingen werden regelmatig niet met elkaar gedeeld en de ingezette zorg werd niet onderling afgestemd.

We moeten constateren dat er niet voldoende expertise aanwezig lijkt om de kans op suïcide te herkennen, en dat de wel aanwezige expertise wellicht onvoldoende benut wordt. Het onderzoek laat zien dat dit beperkte signaleringsvermogen op diverse plekken in de organisatie voorkomt, waaronder bij verschillende professionele zorgverleners. Dit wil overigens niet zeggen dat alle betrokkenen duidelijke signalen gaven. Sommige zelfdodingen zijn ook achteraf en met uitgebreid onderzoek moeilijk te herleiden. Maar als men beter had geweten waarop te letten, had men in een aantal gevallen waarschijnlijk effectiever kunnen handelen.

[4] Van Hemert e.a., 2012.

## Aanbevelingen

De wereld is beperkt maakbaar, vaak onvoorspelbaar en regelmatig onverklaarbaar. Suïcides zijn helaas niet uit te bannen en er is geen eenvoudig recept om ze terug te dringen. Onze aanbevelingen bieden dan ook geen garantie, maar zijn wel stappen om effectieve suïcidepreventie dichterbij te brengen. De eerste twee aanbevelingen zijn gericht op een nieuwe visie binnen de politie[5] waar het om zelfdoding onder medewerkers gaat. De overige zijn meer praktisch van aard.



1. Durf en leer het gesprek aan te gaan over moeilijke onderwerpen zoals psychische problemen en suïcidaliteit.
2. Suïcidepreventie is een integraal onderdeel van de totale psychosociale ondersteuning en zorg.
3. Overweeg om de uitkomsten van de psychologische testen uit de eerste sollicitatie leidend te laten zijn.
4. Onderzoek hoe bestaande instrumenten om de psychische gezondheid van politiemedewerkers te monitoren, ingebed kunnen worden in de suïcidepreventie.
5. Creëer meer regie in de zorgketen.
6. Verbeter de signalering door poortwachters aan te wijzen en te trainen.
7. Alle bedrijfsartsen en psychologen moeten getraind worden in het toepassen van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
8. Zorg dat er standaard aandacht is voor de psychosociale gevolgen van een intern onderzoek.
9. Maak eenduidige regelgeving voor het innemen en teruggeven van het dienstvuurwapen, en schrijf op basis hiervan een praktische handleiding.
10. Benut opvang en nazorg na een suïcide(poging) tevens als suïcidepreventie.
11. Blijf de suïcides onder ambtenaren van politie registreren en onderzoeken.

---

5 De aanbevelingen zijn beperkt tot de politieorganisatie, omdat er op basis van één suïcide bij de KMar nog weinig beeld is van hoe de suïcidepreventie er bij de KMar in de praktijk uit ziet en we daarom geen zinnige aanbevelingen kunnen doen. Dat neemt niet weg dat de aanbevelingen ook relevant kunnen zijn voor de KMar.

Hoofdstuk 1

# Inleiding

Eind 2011 en begin 2012 brachten binnen enkele maanden drie politiemedewerkers in opleiding zichzelf om het leven. Was hier sprake van een droef toeval? Was het een voorbeeld van de 'besmettelijkheid' van suïcide, zoals die ook wel is opgemerkt op middelbare scholen en in families? Of had het juist met het politievak te maken en ging het om een wanhoopsdaad van mensen die niet op het politievak berekend waren? Komt suïcide wellicht onevenredig vaak voor onder politiemedewerkers? Vragen te over, maar antwoorden waren er nauwelijks. Leden van de Tweede Kamer vroegen de minister van Veiligheid en Justitie om opheldering. Ook vroeg de Raad van Korpschefs[6] de Politieacademie om de drie gevallen te onderzoeken en factoren te achterhalen die wijzen op een dreigende suïcide. 

## 1.1 Weinig bekend over suïcide binnen politie en KMar

Kort voor de drie suïcides van deze aspirant-politiemensen, was door Timmer en zijn collega-onderzoekers (2011) een rapport verschenen over de omvang van suïcide bij de politie. Zij concludeerden dat er weinig bekend is over suïcide onder politiemensen, en dat in die situatie ook geen verandering zou komen als er niet systematisch geregistreerd ging worden. Per jaar sterven in Nederland ruim 1.700 mensen door suïcide.[7] Hoeveel van hen bij de politie werken is onbekend, zo constateren Timmer e.a. (2011). Ook is niet duidelijk of het aantal suïcides bij de politie kleiner, even groot of misschien juist groter is dan in andere beroepsgroepen. Daarnaast tast men meestal in het duister over de oorzaken van de suïcides, en evenmin is duidelijk of er specifieke preventie nodig is bij de politie.

Bij de Koninklijke Marechaussee (KMar) was de situatie iets beter, maar nog niet bevredigend. De KMar had wel inzicht in de aantallen suïcides, maar ook daar waren oorzaken en preventiemogelijkheden nog slechts beperkt in beeld.

## 1.2 De instelling van het Registratiepunt

De combinatie van de gebrekkige registratie van alle suïcides bij politiemedewerkers en het kort na elkaar plaatsvinden van drie suïcides onder aspiranten, vormden de aanleiding voor het instellen van het Registratiepunt Suïcide Politie en KMar (hierna: Registratiepunt). De minister van Veiligheid en Justitie formuleerde de opdracht van het Registratiepunt als volgt:

> *'Ik heb in mijn brief van 15 september 2011 een aantal maatregelen aangekondigd, waaronder het verbeteren van de registratie van suïcides bij de politie en een protocol waarmee oorzaken en aanleiding van ieder geval worden vastgelegd. Ik heb de politie*

[6] De Raad van Korpschefs was op dat moment het overlegplatform waarin alle 26 korpschefs van de politiekorpsen in Nederland waren vertegenwoordigd.
[7] Statline.cbs.nl.

*gevraagd een grotere discipline te betrachten in het vastleggen van suïcides van agenten. Daarnaast wordt per 1 maart [2012] een meld- en registratiepunt voor suïcides van politiemensen ingericht. Het meldpunt draagt ervoor zorg, dat na iedere suïcide die wordt gemeld, een onderzoeksprotocol wordt afgelopen door een wetenschappelijk team van Arq. Dit mondt uit in een rapportage waarin oorzaken, aanleiding en omstandigheden voor zover dat mogelijk is worden vastgelegd en geanalyseerd.'* [8]



Vanuit de politie is het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid (PVPW)[9] de beheerder en directe opdrachtgever van het Registratiepunt. Vanuit de KMar is de opdrachtgever de Commandant Koninklijke Marechaussee. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het Registratiepunt ligt bij Stichting Impact (partner in Arq[10]), een onafhankelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen.

Het Registratiepunt is sinds 1 maart 2012 operationeel. Medio 2012 heeft de KMar zich hierbij aangesloten. Ook bij de KMar wil men graag meer weten over motieven voor suïcide en over preventiemogelijkheden. Omdat de KMar voor het merendeel civiele politietaken uitvoert,[11] kan zij mogelijk leren van het onderzoek bij de politie en vice versa. De medewerkers van de KMar en politie gezamenlijk noemen wij, in navolging van Artikel 2 van de Politiewet (2012), de ambtenaren van politie.

## 1.3 Onderzoeksvragen

Sinds 1 maart 2012 moet elke suïcide door een ambtenaar van politie – hetzij werkzaam bij de politie, hetzij bij de KMar – worden gemeld bij het Registratiepunt. De onderzoekers die verbonden zijn aan het Registratiepunt proberen vervolgens de oorzaken van de suïcide te achterhalen. Om de vertrouwelijkheid en de anonimiteit van de delicate gegevens recht te doen, geven wij – de onderzoekers – geen terugkoppeling per onderzochte suïcide. We hebben gekozen voor een overkoepelende geanonimiseerde rapportage over alle suïcides die tot 1 maart 2014 zijn gemeld. Het rapport dat voor u ligt is hiervan het resultaat.

Het onderzoek richtte zich op vier vragen:

1. Hoeveel suïcides vinden er plaats onder ambtenaren van politie?
2. Komt suïcide onder ambtenaren van politie vaker of minder vaak voor dan in de algemene werkzame beroepsbevolking?
3. Met welke factoren hangt suïcide van ambtenaren van politie samen?
4. Welke beïnvloedingsmogelijkheden hebben de politieorganisatie en de KMar om suïcides te voorkomen?

## 1.4 Het verzamelen van de gegevens

In het onderzoek hebben we gebruik gemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden. Een gedetailleerde verantwoording daarvan vindt u in bijlage 3. In deze paragraaf beperken we ons tot de hoofdlijnen van onze aanpak.

8 Minister van Veiligheid en Justitie in een brief aan de Tweede Kamer, februari 2012 (TK2012-0000036062).
9 Het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid is een landelijk programma bij de politie, gericht op de versterking van de fysieke, mentale en morele weerbaarheid van politiemedewerkers.
10 Stichting Arq is een onafhankelijke koepelorganisatie op het gebied van psychotrauma.
11 Zoals geregeld in Artikel 4 van de Politiewet (2012).

### Registreren van basisgegevens

Van alle suïcides die zijn aangemeld, worden bij het Registratiepunt basisgegevens vastgelegd. Het gaat daarbij onder meer om de personalia van de betrokkene, de datum van overlijden en de methode van suïcide. Door deze registratie hebben we een kwantitatief overzicht kunnen maken van suïcidekenmerken.

### Aantal suïcides bepalen

Om te achterhalen hoe het aantal suïcides bij ambtenaren van politie zich verhoudt tot dat in de algehele werkzame beroepsbevolking, hebben we relevantie literatuur en cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek geraadpleegd. Vervolgens hebben we deze cijfers gecombineerd met de gegevens over de bij het Registratiepunt aangemelde suïcides.



### Psychologische autopsie-methode

Om te begrijpen met welke factoren suïcide samenhangt, is de psychologische autopsie-methode gebruikt. Dit is een systematische procedure om oorzaken en aanleidingen voor suïcide te reconstrueren aan de hand van interviews met naasten en bekenden en het eventueel raadplegen van andere bronnen.[12] Voor elke ambtenaar van politie die zichzelf het leven benam, interviewden we indien mogelijk de leidinggevende, twee à drie directe collega's, twee familieleden en/of vrienden, de bedrijfsarts en/of andere zorgverleners. In totaal spraken we 119 personen[13], per betrokkene gemiddeld zes. De interviews waren semi-gestructureerd, dat wil zeggen dat ze plaatsvonden aan de hand van een lijst gespreksthema's.[14] De andere bronnen die we raadpleegden (indien beschikbaar) waren het selectierapport bij aanstelling, het personeelsdossier, medische dossiers en verslagen van onderzoek door de Rijksrecherche.

## 1.5 Het verklaren van de gegevens

### Model voor de verklaring van suïcidaal gedrag

Suïcide is bijna altijd een wanhoopsdaad, waarbij de persoon zich gedreven voelt door omstandigheden en/of onmacht. In de *Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*[15] (zie ook 2.2) wordt een geïntegreerd model gebruikt om suïcides te helpen verklaren. Ook wij hebben van dit model gebruik om te ontdekken welke omstandigheden en gebeurtenissen bij ambtenaren van politie tot suïcide hebben geleid.

### Kwalitatief onderzoek

We hebben een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. Dit is een methode die kijkt naar de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. De onderzoeksmethoden maken het mogelijk om vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kijken naar het onderzoeksobject (hier de suïcide), dit te beschrijven en waar mogelijk te verklaren.[16]

### Stap voor stap meer inzicht

Voor dit onderzoek hebben we op een zo open mogelijke manier vanuit het perspectief van de respondenten de gebeurtenissen voorafgaand aan de suïcide beschreven.[17] Op basis van de gesprek-

[12] Hawton e.a. 1998.
[13] Dit aantal neemt nog toe, omdat het onderzoek van vier suïcides nog niet geheel is afgerond. Zie hoofdstuk 3 voor een nadere toelichting.
[14] Boeije, 2005.
[15] Van Hemert, 2012.
[16] Boeije, 2005: 27.
[17] Boeije, 2005.

ken en eventuele andere bronnen, stelden wij van elke suïcide een rapportage op. Hierin werden de antwoorden van de respondenten, alle feitelijke informatie uit andere bronnen en de interpretatie door de onderzoekers samengebracht. Het interpreteren en analyseren van de informatie werd gedaan door een groep van vier onderzoekers. De interpretaties werden vervolgens aan het gehele onderzoeksteam voorgelegd. Als derde stap werden de interpretaties aan het expertpanel voorgelegd dat toezag op de kwaliteit van het Registratiepunt (bijlage 1 toont de samenstelling van het expertpanel en onderzoeksteam). Aan de hand van de psychologische autopsie-methode en de stappen in de analyse, kregen we een diepgaand inzicht per casus en voorkwamen we dat de resultaten het beeld zijn van enkele personen. Methodologen noemen deze kwaliteitsboring ook wel *triangulatie*.[18]



### Toestemming en privacy

Dit onderzoek is aangemerkt als organisatieonderzoek en als zodanig goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam (dossiernummer: 566/389/5665880).[19] Aan het begin van ieder interview namen de onderzoekers zowel schriftelijk als mondeling met de respondent door dat er zorgvuldig met de gegevens wordt omgegaan en dat privacy gewaarborgd is. Onderzoekers en geïnterviewde tekenen beiden een formulier waarmee de onderzoekers zich committeren aan de anonimiteit van het interview en de geïnterviewde instemt met deelname aan het onderzoek.

### Generalisatie

Generalisatie – of externe validiteit – gaat over de vraag of de onderzoekconclusies ook gelden voor de suïcides die niet zijn onderzocht. Dus of de conclusies ook gelden voor de suïcides die plaatsvonden voordat het Registratiepunt bestond en de suïcides die in de toekomst nog zullen gebeuren. Statistische generaliseerbaarheid is met kwalitatief onderzoek niet mogelijk, omdat het aantal onderzochte cases te klein is. (Daarentegen is de zeggingskracht van kwalitatief onderzoek – of interne validiteit – groot, door de vele mensen die we hebben gesproken en de hoeveelheid aanvullende data die is geraadpleegd.)

Kwalitatief onderzoek streeft naar inhoudelijke of theoretische generalisatie. Concreet gaat het bijvoorbeeld om een uitputtende beschrijving van oorzaken voor suïcide, en een ordening van die oorzaken aan de hand van verhelderende thema's (bijvoorbeeld het onderscheiden van drie typen oorzaken: persoonsgebonden, privégerelateerde en samenhangend met de werkcontext). Bij kwalitatief onderzoek is het criterium voor generalisatie de 'verzadiging' van de gevonden patronen en onderliggende thema's.[20] Wanneer er sprake van verzadiging is, leveren nieuw verzamelde data geen aanvullende inzichten meer op.[21]

Vooralsnog heeft er bij dit onderzoek geen verzadiging plaatsgevonden. De nieuwe suïcides die onderzocht worden, leveren nog steeds nieuwe inzichten op.[22] Het is daarom aannemelijk dat wanneer er nog meer suïcides onderzocht worden, ook de gevonden patronen en onderliggende thema's (enigszins) zullen veranderen. Samenvattend, op basis van de onderzochte suïcides hebben we een stevige basis om de onderzoeksvragen te beantwoorden, maar harde conclusies kunnen we nog niet trekken, omdat er nog meer suïcides onderzocht moeten worden.

---

18 Om precies te zijn gaat het om methodentriangulatie en onderzoekerstriangulatie (Boeije, 2005).
19 Medewerkers van de politie en KMar zijn in principe verplicht om aan het onderzoek deel te nemen, maar nabestaanden buiten de politieorganisatie niet.
20 Boeije, 2005.
21 Wanneer verzadiging plaatsvindt is vooraf moeilijk te zeggen. Onder meer de diversiteit van de onderzoeksgroep heeft daar vaak invloed op (Corbin en Strauss, 2008). Bij de start van het Registratiepunt dachten wij met ongeveer twintig suïcides een omvattend beeld te hebben, maar nu blijkt de praktijk toch complexer en meer divers dan voorzien.
22 We ontdekken op basis van de nieuwe suïcides nieuwe oorzaken en de oorzaken die we al hadden geïdentificeerd krijgen meer inhoud en diepte.

## 1.6 Leeswijzer

### Opbouw rapport

Om de lezer houvast te geven bij het interpreteren van de onderzoeksuitkomsten, geven we in hoofdstuk 2 eerst op basis van theorie een beknopt overzicht van achtergronden van suïcidaal gedrag. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de bevindingen van ons onderzoek. In hoofdstuk 4 combineren we deze onderzoeksbevindingen door ze te koppelen aan de wetenschappelijke literatuur. In hoofdstuk 5 geven wij antwoord op de onderzoeksvragen en doen we aanbevelingen voor de preventie van suïcide bij politie en KMar.

### Aan de lezer



Het rapport heeft een praktisch doel: op basis van inzicht in de huidige situatie indien nodig de preventie van suïcides verbeteren. We richten ons dan ook in eerste instantie tot bestuurders en beleidsmakers. Uiteraard is het rapport ook beschikbaar voor iedereen die in de interviews zijn of haar tijd en energie[23] aan ons heeft willen geven en voor andere geïnteresseerden.

We benadrukken dat de informatie in dit rapport nooit herleidbaar is naar één specifieke suïcide. Respondenten zullen waarschijnlijk bepaalde algemene constateringen herkennen, omdat die ook van toepassing zijn op de betrokkene die zij goed kenden. Dit betekent echter niet dat alle constateringen op hem of haar van toepassing zijn.

[23] Gesprekspartners deelden openhartig hun verhaald, verdriet en rouw. Wij willen hen hartelijk bedanken voor hun openheid. Hoewel de gesprekken regelmatig emotioneel waren, ervoeren gesprekspartners het naar eigen zeggen ook als waardevol. Meermalen vertelden respondenten achteraf dat het interview hen hielp om de suïcide beter een plek te geven en dat ze het fijn vonden dat er ruimte was voor hun verhaal.

Hoofdstuk 2

# Achtergronden van suïcidaal gedrag

Mensen maken om verschillende redenen een einde aan hun leven, en meestal is er sprake van een combinatie van factoren.[24] Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de huidige kennis over suïcides en geeft inzicht in hoe vaak suïcides voorkomen. Daarbij maken we dankbaar gebruik van het begrippenkader uit de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, evenals van het model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* dat aan deze richtlijn ten grondslag ligt.[25] We kijken expliciet naar de toepassing van dit model op ambtenaren van politie: zijn daar wellicht andere stressoren en kwetsbaarheden dan bij de algehele bevolking? 

## 2.1 Hoe vaak komen suïcides voor?

### Algehele bevolking

In Nederland hebben jaarlijks naar schatting 400.000 mensen suïcidegedachten.[26] Daarvan doen er ieder jaar ongeveer 94.000 een suïcidepoging. De meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek tonen dat er in 2012 1.753 suïcides waren. Dat wil zeggen dat minder dan 2% van alle suïcidepogingen een dodelijke afloop heeft.

Mannen maken veel vaker dan vrouwen een eind aan hun leven. In 2012 pleegden per 100.000 inwoners gemiddeld 14,3 mannen suïcide en 6,7 vrouwen. Dus ruim twee keer zoveel mannen als vrouwen in dat jaar. Ook heeft leeftijd invloed op de suïcidekans. In Nederland komen de meeste suïcides voor bij mensen tussen de 40 en 60 jaar oud.[27]

Om het aantal suïcides in perspectief te plaatsen: er komen meer mensen om het leven door suïcide dan in het verkeer. Bovendien, van het totaal aantal sterfgevallen in een jaar is ongeveer 1% een zelfdoding.[28] Suïcidaal gedrag is dus een omvangrijk probleem. Een probleem dat voor de buitenwereld veelal onzichtbaar blijft.

### Ambtenaren van politie

Komen suïcides vaker of minder vaak voor bij ambtenaren van politie dan bij de algehele Nederlandse beroepsbevolking? De literatuur geeft geen uitsluitsel over deze vraag. Hem e.a. (2001) concludeerden in een grondige vergelijking van alle tot 2001 gepubliceerde onderzoeken over suïcide bij politiemedewerkers wereldwijd: ‘It is not documented that there is an elevated suicide rate among police officers; the finding on suicide rate in police are, in fact, inconclusive.’[29] Recenter onderzoek meldt grote verschillen tussen landen en politiekorpsen, maar lijkt er wel op te wijzen dat suïcides bij de politie vaker voorkomen dan bij de rest van de beroepsbevolking. Op basis van hun literatuuron-

24 Kerkhof en Van Luyn, 2010: 40.
25 Van Hemert e.a., 2012.
26 Kerkhof en Van Luyn, 2010.
27 http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7022GZA&D1=a&D2=0&D3=a&D4=0,30,60-62&VW=T
29 Hem e.a., 2001: 231.

derzoek constateren Timmer e.a. (2011) dat er in diverse landen ongeveer drie keer zo veel suïcides zouden plaatsvinden bij de politie als in de rest van de bevolking. Het laatste empirische onderzoek in Nederland naar suïcide bij politie, door Van Beek, Taris en Schaufeli (2013), concludeert: ‘Nederlandse politieambtenaren denken relatief vaak na over de dood, zij hebben vaker het gevoel liever dood te willen zijn en denken vaker na over zelfmoord dan de gemiddelde Nederlander. […] Wanneer het echter op feitelijke pogingen tot zelfmoord aankomt, geven de deelnemers duidelijk minder vaak aan zo’n poging te hebben ondernomen.’[30] Dit onderzoek zegt iets over de geneigdheid tot suïcide, maar toont niet hoeveel suïcidepogingen er fataal zijn geweest.



Op basis van hun empirische onderzoek in Nederland, concluderen Timmer e.a. (2011) dat ‘systematische informatie over het verschijnsel politie suïcide ontbreekt’.[31] Er kan daarom niet met zekerheid worden gezegd of suïcides bij de politie vaker of minder vaak voorkomen. Timmer e.a. (2011) schrijven dan ook: ‘Het verdient aanbeveling om dit onderzoek voort te zetten met een onderzoek naar aard, omvang, achtergronden en gevolgen van zelfdoding door ambtenaren van politie, en mogelijke verklaringen hiervoor én voor de suïcidefrequentie vergeleken met de gehele bevolking en met relevante beroepsgroepen.’ Wij streven er met het voorliggende rapport naar deze aanbeveling te realiseren.

Bij de KMar lijkt er wel goed zicht te zijn op het aantal suïcides. Sinds 1998 zijn er tot op heden in totaal 6 suïcides geweest bij de KMar (militair en burgerpersoneel gezamenlijk).[32] Dit weet men omdat alle overlijdens van personeel bekend zijn en suïcides bovendien met een zogenaamde bijzondere melding worden opgetekend. Vanaf 2013 wordt dit nog systematischer vastgelegd bij alle militaire ambtenaren van Defensie, doordat de overlijdensoorzaak suïcide geregistreerd wordt in het medisch dossier van de militair.

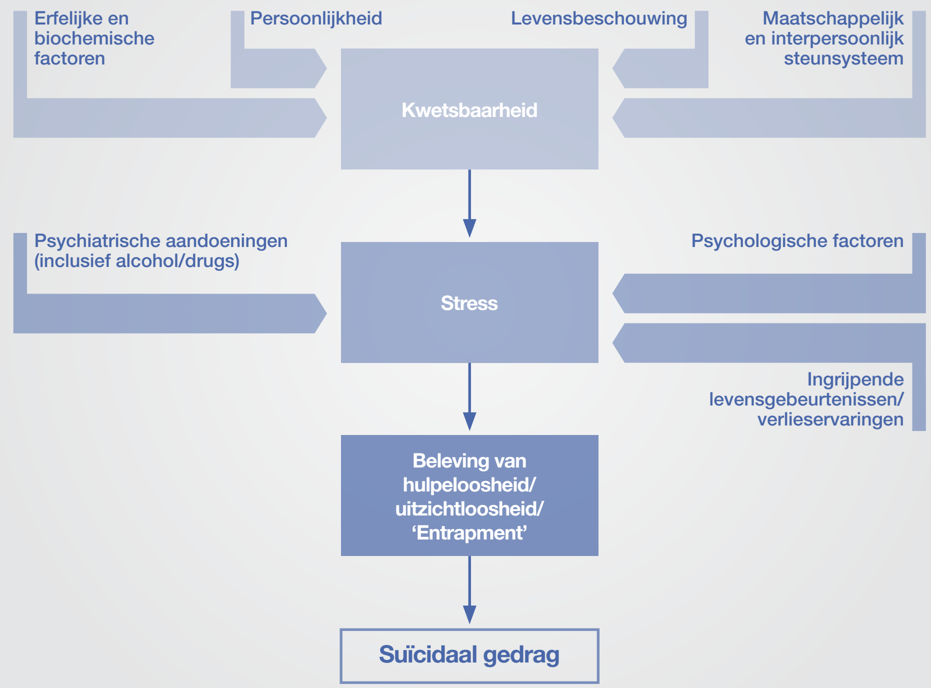
## 2.2 Over de oorzaken van suïcide

De Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag[33] gebruikt een geïntegreerd model om het ontstaan van suïcidaal gedrag te verklaren (zie Figuur 1). Dit model combineert het stress-kwetsbaarheidsmodel van Goldney (2008) met het model voor *entrapment* van Williams e.a. (2005).

---

30 Van Beek e.a., 2013: 59.
31 Timmer e.a. 2011: 27.
32 Bron: interne navraag bij de KMar.
33 Van Hemert e.a., 2012.

**Figuur 1**




*Figuur 1: Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney 2008 en Williams e.a., 2005) zoals centraal staat in de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Bron: Van Hemert e.a., 2012)*

### Stress-kwetsbaarheid

Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat sommige mensen een bepaalde gevoeligheid hebben voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag in stressvolle omstandigheden. Het model beschrijft hoe suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid voor suïcide verhogen. In combinatie met stress kan het suïcidale gedrag naar boven komen en/of voortduren. Beschermende factoren verkleinen de kans op suïcide. Het model is opgebouwd uit factoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze samenhangen met het suïciderisico.[34]

Duurzame kwetsbaarheidsfactoren kunnen een erfelijke/biochemische oorsprong hebben, geworteld zijn in de persoonlijkheid, in levensbeschouwelijke aspecten en in het maatschappelijk en interpersoonlijk steunsysteem van de persoon.[35] Voorbeelden zijn de geneigdheid om zwart-wit te denken,

[34] Het is een model dat een wetenschappelijke basis heeft, maar niet alle factoren in het model hebben een even sterke relatie met het suïciderisico.
[35] Van Hemert e.a., 2012: 93.

een beperkt probleemoplossend vermogen en een zwak sociaal netwerk. Overigens kunnen deze factoren ook duurzaam steunend zijn, bijvoorbeeld als iemand een groot probleemoplossend vermogen heeft en een sterke band voelt met diverse mensen. In dit geval spreken we van beschermende factoren.

Bij stressoren gaat het om factoren die door de tijd variëren en die op het moment van het suïcidale gedrag aanwezig zijn.[36] Denk bijvoorbeeld aan een scheiding, een psychiatrische stoornis, financiële problemen of problemen op het werk. Stressoren zijn gebeurtenissen of omstandigheden die de gevoeligheid voor suïcidaal gedrag naar de oppervlakte brengen. Hierbij gaat het niet om een optelsom van stressoren, maar om de dynamiek tussen gebeurtenissen en duurzame kwetsbaarheidsfactoren die het suïciderisico verhogen.



Het onderscheid tussen beide groepen factoren is kunstmatig. Veel van de stress-kwetsbaarheidsfactoren kunnen een rol hebben als kwetsbaarheidsfactor en als stressor. Bijvoorbeeld langdurige werkloosheid kan een kwetsbaarheidsfactor zijn, maar in een ontslagsituatie een acute stressor. De Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag geeft een uitgebreide opsomming van factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico. Bijlage 4 presenteert aan de hand van steekwoorden een aantal belangrijke stressoren en kwetsbaarheden.

**Entrapment**

Het *entrapment*-model beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen kunnen komen tot suïcidaal gedrag. *Entrapment* (in een val opgesloten zitten) is een toestand waarin de persoon een tunnelvisie ontwikkelt en zijn situatie beschouwt als oneindig, onveranderbaar en onomkeerbaar. Zo iemand kan dan wanhopig worden en denken dat doodgaan de enige manier is om aan deze uitzichtloze toestand te ontsnappen.[37]

**Het gebruik van het model in dit onderzoek**

In de ontwikkeling van een suïcidale toestand spelen vrijwel altijd meerdere factoren mee die elkaar soms versterken en soms afzwakken. Op het moment van het suïcidale gedrag, bijvoorbeeld het doen van een suïcidepoging, gaat het steeds om het complex van factoren dat in een onderlinge wisselwerking het gedrag bepaalt. Hoe het ‘pad’ naar een suïcidale toestand eruit ziet, verschilt per persoon. Om een indruk te krijgen van dit pad, hebben we in ons onderzoek steeds gezocht naar de specifieke combinatie van kwetsbaarheidsfactoren, beschermende factoren, stressvolle gebeurtenissen, en de wijze waarop de persoon hiermee omging.

## 2.3 Algemene kenmerken van suïcidaal gedrag

Ter inleiding op het bespreken van de onderzoeksresultaten, geven we in deze en de volgende paragraaf inzicht in een aantal duurzame kwetsbaarheidsfactoren en stressoren. Beginnend bij algemene kwetsbaarheden en stressoren, en vervolgens stilstaand bij kwetsbaarheden en stressoren die specifiek voor de politie en KMar kunnen gelden.

36 Van Hemert e.a., 2012: 93.
37 Van Hemert e.a., 2012: 93.

### Suïcide hangt samen met psychische stoornissen

Van alle mensen die overlijden door suïcide, heeft 87% een psychische stoornis in de voorgeschiedenis.[38] Minimaal 90% van de mensen die zichzelf van het leven berooft, heeft op dat moment minstens één psychische stoornis. In de meeste gevallen gaat het om een depressie (70%), vaak in combinatie met middelenmisbruik.[39] Uit Nederlands onderzoek naar suïcidale mensen die in zorg waren bij de geestelijke gezondheidszorg, bleek dat 43% leed aan een depressie, 26% was afhankelijk van middelen, 16% had een persoonlijkheidsstoornis en 9% een psychotische stoornis.[40]

Meer dan de helft van alle depressieve patiënten heeft suïcidegedachten.[41] Suïcidaal gedrag wordt vaak gezien als een symptoom of gevolg van een psychiatrische aandoening. Echter, uit onderzoek blijkt dat suïcidaal gedrag ook kan voorkomen zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.[42] Dit betekent dat een suïcidale toestand niet verdwenen hoeft te zijn, als de onderliggende (psychische) stoornis succesvol is behandeld.



### Suïcidaal gedrag heeft een herhalend karakter

De helft van de mensen die een eind aan hun leven maken, heeft eerder één of meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan.[43] Sommige mensen ontwikkelen sneller dan anderen suïcidaal gedrag in stressvolle omstandigheden. Opvallend is dat mannen die overlijden door zelfdoding, minder vaak suïcidepogingen in hun voorgeschiedenis hebben dan vrouwen. Dit komt omdat mannen meer dan vrouwen ‘hardere’ methoden gebruiken, waardoor een poging vaker eindigt in de dood.

Suïcides hebben een ‘besmettelijk’ karakter; dikwijls worden meerdere zelfdodingen in een bepaalde tijdsspanne ondernomen door mensen die elkaar kenden.[44] Deze zogenaamde clusters van suïcide kunnen voorkomen binnen families, binnen (sub-)groepen (bijvoorbeeld leerlingen van een school of collega’s) of binnen geografische gebieden. De literatuur verondersteld dat personen met een suïcidale kwetsbaarheid extra gevoelig zijn voor dit voorbeeldgedrag.[45]

### Persoonlijkheidskenmerken zijn relevant in de aanloop naar suïcidaal gedrag

Kerkhof en Van Luyn (2010) noemen de volgende persoonlijkheidskenmerken die samenhangen met suïcidaal gedrag: de neiging tot relationele onmacht, hulpeloosheid, gebrekkige affectregulatie (niet bewust zijn van de eigen emotionele reacties of deze niet kunnen accepteren), impulsiviteit, dichotoom denken (zwart-wit denken), verminderd probleemoplossend vermogen en een verhoogde gevoeligheid voor afwijzing. Mensen met deze persoonlijkheidskenmerken zijn gevoelig voor het ontwikkelen van psychische stoornissen, zoals depressie, angststoornis en middelenmisbruik. Stoornissen die op hun beurt weer een stressor kunnen zijn en daardoor de kans op suïcide vergroten.

### De beschikbaarheid van middelen verhoogt het risico

Als er middelen om suïcide te plegen beschikbaar zijn, kan dit de drempel om een suïcidepoging te doen verlagen. Het kan gaan om de beschikking over materieel (bijvoorbeeld medicijnen), maar ook om kennis over methoden (bijvoorbeeld informatie via internet) of voorbeelden van zelfdoding door een (bekende) persoon.[46] Ter illustratie: anesthesiologen en dierenartsen maken aanzienlijk vaker een eind aan hun leven dan andere medisch specialisten. Verondersteld wordt dat dit komt doordat ze toegang hebben tot dodelijke middelen en weten hoe ze deze moeten gebruiken.

[38] Hawton, 2009.
[39] Hawton, 2009.
[40] Huisman, 2010.
[41] Kerkhof en Van Luyn, 2010: 41.
[42] Van Hemert e.a., 2012.
[43] Kerkhof en Van Luyn, 2010: 44.
[44] Van Hemert e.a., 2012.
[45] Van Hemert e.a., 2012; Kerkhof en Van Luyn, 2010.
[46] Kerkhof en Van Luyn, 2010.

### Een sociaal netwerk beschermt tegen suïcide

Behalve risicoverhogende factoren, zijn er ook factoren die juist kunnen beschermen tegen suïcide. Denk bijvoorbeeld aan contact met andere mensen, een steunend sociaal netwerk van familieleden, een partner, vrienden en kennissen, actieve betrokkenheid bij een geloofsgemeenschap, ouderschap, en bereikbare (geestelijke) gezondheidszorg.[47]

## 2.4 Suïciderisico's die samenhangen met werk

Duurzame kwetsbaarheden, stressoren en beschermende factoren kunnen in principe op iedereen van toepassing zijn. In deze paragraaf kijken we of er vanuit de literatuur aanwijzingen zijn dat ambtenaren van politie zich in een afwijkende positie bevinden.



### Stress en de kans op psychische stoornissen

Ambtenaren van politie hebben een relatief grote kans op het meemaken van risicovolle en/of ingrijpende situaties. Denk aan het doen van lijkvindingen, fysiek aangevallen worden, iemand onder vuur moeten nemen en het doen van een reanimatie. Hierin zijn overeenkomsten tussen politie en KMar, maar ook verschillen. Zo hebben medewerkers van de KMar een veel grotere kans om te worden uitgezonden op internationale missies. Dit neemt voor een deel andere risico's en ingrijpende situaties met zich mee dan de politietaak in Nederland.[48] Naast het meemaken van risicovolle situaties, kenmerkt het werk van de politie en KMar zich vaak ook door een ad hoc werkpatroon en de onvoorspelbaarheid van gebeurtenissen, hetgeen stressvol kan zijn.[49]

Aanhoudende stress verhoogt de kans op depressieve klachten. Daarnaast kan het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen leiden tot het ontstaan van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en andere stoornissen. Er bestaat geen overkoepelend onderzoek waaruit blijkt hoeveel psychische klachten ambtenaren van politie hebben. Dus ook het aantal PTSS-gevallen is onbekend. Van Beek, Taris en Schaufeli (2013) hebben onlangs wel een vragenlijstonderzoek gedaan naar hoe politiemedewerkers zelf denken dat hun psychische gezondheid er voor staat. Daaruit bleek dat de gemiddelde politiemedewerker beschikt over een goede psychosociale gezondheid en dat de bronnen van spanning geen duidelijke nadelige gevolgen met zich mee lijken te brengen. Maar dit vragenlijstonderzoek is niet hetzelfde als een epidemiologisch onderzoek dat feitelijk kijkt wat de psychische gezondheid is. Dus hoeveel PTSS er voorkomt of welke andere psychische problemen er zijn, weten we niet.[50] Overigens laat een recente onderzoeksbevinding wel zien dat PTSS bij de politie zelden los staat van het werk. 'Het kerntrauma, de ervaring die het meest op de voorgrond staat, betrof in 10% van de gevallen gebeurtenissen die zich uitsluitend in de privé-context hadden voorgedaan'.[51]

Middelenmisbruik verhoogt ook de kans op suïcide. Studies in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk laten zien dat het alcoholgebruik bij politiemedewerkers hoger is dan in de rest van de beroepsbevolking.[52] Niet bekend is of dit bij de Nederlandse politie ook zo is. Alcoholgebruik verhoogt het suïciderisico, doordat (fors) alcoholgebruik kan leiden tot depressieve klachten, en doordat het gebruik ontremmend werkt op de impulscontrole.

---

47 Kerkhof en Van Luyn, 2010.
48 Dit betekent niet dat medewerkers van de KMar in hun loopbaan meer of heftigere ingrijpende gebeurtenissen meemaken dan politiemedewerkers. Maar de soort gebeurtenissen en de context waarin ze gebeuren zijn voor een deel wel anders.
49 Violanti, 1995.
50 Vooralsnog hebben alleen deelonderzoeken plaatsgevonden naar de omvang van psychische klachten bij ambtenaren van politie. Zo vonden Carlier e.a. (1994) dat 7% van de onderzochte politiemedewerkers na een ingrijpende gebeurtenis een posttraumatische stressstoornis ontwikkelde. Zie voor een meer uitgebreide verhandeling over de afwezige cijfers over psychische klachten Gersons en Burger (2012).
51 Smit e.a., 2013: 9.
52 Violanti, 1995; Mohandie en Hatcher, 1999.

**Ondersteuning en zorgverlening**
Voor de gehele Nederlandse bevolking geldt dat 40% van de personen die suïcide plegen, in zorg zijn bij de GGZ.[53] Hoeveel ambtenaren van politie het betreft, wordt aan de hand van de casussen van het Registratiepunt inzichtelijk. Duidelijk is in ieder geval dat zowel de politie als de KMar bijzondere risico's onderscheiden voor hun medewerkers en daarom vanuit de organisatie psychische ondersteuning en zorg aanbieden. De politie en KMar hebben – in tegenstelling tot de meeste andere publieke organisaties – aanvullende of aparte trajecten voor ondersteuning, hulp- en zorgverlening.

Politie en KMar baseren zich in hun zorgbeleid op het kringenmodel van Gersons (2005). Het kringenmodel heeft als doel onnodige medicalisering te vermijden en schaarse deskundigheid zo gericht mogelijk in te zetten.[54] Het Kringenmodel laat stapsgewijs de weg zien van informele hulp (bijvoorbeeld familie, collega's, georganiseerde collegiale ondersteuning en leidinggevenden) via meer professionele hulp (de eerstelijnshulp, zoals huisarts, maatschappelijk werker en psycholoog) naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (de tweedelijnshulp, zoals GZ-psychologen, psychotherapeuten en psychiaters). Een belangrijk verschil tussen de politie en KMar is dat politiemedewerkers (vooralsnog) in principe alleen psychische ondersteuning en zorg krijgen via de politieorganisatie als de oorzaak van de psychische problemen werkgerelateerd is.[55] Bij de KMar zijn militairen verplicht om alle zorg, onafhankelijk van de oorzaak, af te nemen bij Defensie.

Bij de politie hebben Gersons en Burger (2012) in de *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie* onder meer geconstateerd dat er sprake is van veel goede bedoelingen, maar weinig openheid en structuur in de ondersteuning en zorg die geboden worden. Momenteel is de Nationale Politie bezig om de mentale zorg landelijk opnieuw in te richten. De uitgangspunten en aanbevelingen van de Blauwdruk worden daarbij betrokken.

**Persoonlijkheidskenmerken van ambtenaren van politie**
Uit onderzoek blijkt dat politiemensen meer dan gemiddeld behoefte hebben aan sociale goedkeuring.[56] Ambtenaren van politie ontlenen hun identiteit en gevoel van eigenwaarde voor een deel aan het werk, en hebben ook hun vriendengroep binnen de organisatie.[57] Op het moment dat de verbondenheid met de organisatie dreigt weg te vallen, staat er veel op het spel. Een concreet voorbeeld is het innemen van het dienstwapen naar aanleiding van een intern onderzoek. Zowel de leidinggevende die deze beslissing neemt als de medewerker die er door getroffen wordt, kunnen de beslissing als (zeer) ingrijpend ervaren.[58]

**'Aquired ability': blootstelling aan geweld kan het suïciderisico vergroten**
Joiner (2005) heeft een verklaringsmodel voor suïcide dat onder meer ingaat op *aquired ability* (aangeleerd vermogen). Hoewel zijn model anders is dan dat wat gebruikt wordt in de Multidisciplinaire richtlijn, kan het wellicht wel een aanvullend inzicht verschaffen. *Aquired ability* gaat namelijk over de invloed van blootstelling aan geweld op het suïciderisico.

Zelfdoding veronderstelt volgens Joiner (2005) een gevecht met het natuurlijke verlangen om in leven te blijven. De theorie is dat hoe vaker iemand dit gevecht zelf heeft gevoerd of anderen dit gevecht heeft zien voeren,[59] hoe sneller die persoon tot suïcide over kan gaan. Er ontstaat gewenning en de

53 Ministerie van VWS, 2014.
54 Gersons, 2005: 25.
55 Op deze regel zijn uitzonderingen. Er zijn korpsen / eenheden die (soms) ook psychische ondersteuning en zorg geven via de politieorganisatie als de oorzaak van die problemen privé gerelateerd is. De motivatie hierachter is dat psychische problemen vaak hun weerslag hebben op de uitvoering van het werk en daardoor uiteindelijk toch werkrelevant zijn c.q. worden.
56 Mohandie en Hatcher, 1999.
57 Van der Torre, 2007.
58 Violanti 1995; Mohandie en Hatcher, 1999.
59 Denk aan suïcide, maar ook aan andere vormen van geweld.

angst voor geweld of een gewelddadige dood neemt af. De theorie impliceert ook dat blootgesteld worden aan geweld, pijn en lijden bij anderen, de drempel om zelf suïcide te plegen verlaagt. Dit is ook de verklaring die Hawton e.a. (2001) aandragen voor het relatief grote aantal zelfdodingen onder artsen, ondanks dat zij over vele beschermende factoren beschikken.

**Beschikbaarheid van vuurwapens**

Ambtenaren van politie kunnen – onder bepaalde voorwaarden – zowel binnen als buiten werktijd over een dienstvuurwapen beschikken. Ze weten ook hoe ze een vuurwapen moeten gebruiken. Met een tamelijk grote zekerheid en op relatief pijnloze wijze kunnen zij met het vuurwapen een einde aan hun leven maken. Dit zou de kans op suïcide vergroten.[60]



Belangrijk om te vermelden is, dat het verdwijnen van de ene methode van suïcide niet automatisch betekent dat mensen hun toevlucht zoeken tot een andere methode. ‘Vaak zien we dat het wegnemen van een methode om suïcide te plegen slechts ten dele wordt gevolgd door substitutie met andere middelen en voor een deel een werkelijke vermindering van het totaal aantal suïcides in het land bewerkstelligt.’[61]

**Cultuur**

Er bestaat niet zoiets als de cultuur van ambtenaren van politie. Cultuur, in de zin van gedeelde patronen van betekenisgeving, is plaats- en tijdgebonden.[62] Afhankelijk van de groep ambtenaren die je onderzoekt en het moment in tijd zullen andere patronen in cultuur zichtbaar worden. Zo kan de cultuur van politiemedewerkers op het Groningse platteland er behoorlijk anders uitzien dan bij de KMar op Schiphol.

Van der Torre (2007) heeft een studie gedaan naar de Nederlandse politiecultuur.[63] Kenmerkend voor de (traditionele) politiecultuur zijn de sterke groepsnormen, grote collegialiteit, gedeelde identiteit en een gevoel van onderlinge verbondenheid. Het gevoel deel uit te maken van een groep kan een beschermende factor zijn voor suïcide. Tegelijkertijd impliceren sterke groepsnormen ook de kans op uitsluiting. Putnam (2000) beschrijft dit als *the dark side of social capital*: nauwe banden kunnen als verstikkend worden ervaren en leiden tot uitsluiting van (groepen) mensen die als ‘anders’ worden gezien. De angst voor uitsluiting kan weer een stressor zijn. Volgens Van der Torre (2007) neemt de groepsdruk om te conformeren overigens wel af en is er in toenemende mate ook ruimte voor individuele autonomie en diversiteit. Een ander traditioneel en voor een deel nog steeds relevant cultuurbeeld is dat van de masculiene ‘machocultuur’ binnen de politie.[64] Politiemedewerkers zijn niet of minder geneigd om hulp te zoeken en/of te accepteren uit schaamte en uit angst om als zwak te worden gezien.[65]

**Beschermende factoren die samenhangen met het vak**

Op verschillende manieren kan het werk ook beschermend werken. De positieve en betekenisgevende kant van de hechte groepscultuur is reeds genoemd. Het gevoel iets nuttigs te doen voor de samenleving en plezier te ervaren in het soms spannende werk, komt ook terug in onderzoek.[66] Daarnaast doorlopen sollicitanten bij de politie en KMar een selectieprocedure die mede ten doel heeft om kandidaten met psychische problemen niet toe te laten tot de beroepsgroep. De insteek is dat hierdoor mensen met bepaalde duurzame kwetsbaarheden en stressoren niet worden toegelaten tot de beroepsgroep.

60 Violanti 2004 en 1995; Mohandie en Hatcher 1999; Mishara en Martin 2012.
61 Kerkhof en Van Luyn, 2010: 310.
62 Atkinson e.a., 2007.
63 Door Hoogenboom e.a. (2013) is een cultuurmonitor ontwikkeld voor de politie, maar er zijn nog geen uitkomsten op basis van dit nieuwe meetinstrument.
64 Van der Torre, 2007.
65 Gersons en Burger, 2012.
66 Van der Torre, 2007: Violanti, 1995.

Hoofdstuk 3

# Bevindingen



Voor dit onderzoek voerden we ruim honderd gesprekken met naasten en bekenden van 21 ambtenaren van politie die een einde aan hun leven maakten. Deze interviews plus de geraadpleegde dossiers vormen de basis van dit hoofdstuk. We analyseerden de psychologische autopsies van de betrokkenen en beschrijven hieronder de stress- en kwetsbaarheidsfactoren die hen waarschijnlijk tot suïcide dreven.

We beginnen met een aantal cijfers die de demografische achtergronden van de suïcides tonen. Dit zijn de 'harde' gegevens die het Registratiepunt verzamelt. Verder maken we in onze beschrijving nauwelijks gebruik van cijfers, omdat die weinig zeggen bij een totale onderzoekspopulatie van 21 mensen.[67] De kracht van dit onderzoek ligt juist in het feit dat op een precieze en contextuele manier is gekeken waarom iemand zich waarschijnlijk heeft gesuïcideerd. Daarbij willen we de aandacht vestigen op het woord 'waarschijnlijk'. Ook met uitvoerig onderzoek kan niet altijd achterhaald worden waarom iemand zich van het leven beroofde. Zoals Kerkhof en Van Luyn (2010) schrijven: 'Suïcides zijn in sommige gevallen achteraf onverklaarbaar en vooraf onvoorspelbaar.'[68]

## 3.1 Demografische achtergronden en functies

Tot 1 maart 2014 zijn er 21 suïcides bij het Registratiepunt aangemeld, onderzocht en geanalyseerd. Bij vier van deze zelfdodingen is het onderzoek nog niet afgerond. Een onderzoek als dit, kan in principe een looptijd van een jaar kan hebben, onder meer doordat er tijd nodig is voor het rouwproces van nabestaanden en collega's. Wel bestaat er al een redelijk duidelijk beeld van de kwetsbaarheden en stressoren bij deze laatste vier zelfdodingen, waardoor we ze konden betrekken in de rapportage.[69]

Tabel 1 laat zien dat bijna alle betrokkenen werkzaam waren bij de politie. Het waren vrijwel allemaal mannen, meestal ouder dan 50 jaar. Een meerderheid van de betrokkenen had een partner, (stief) kinderen en woonde in gezinsverband. Bijna alle betrokkenen waren executief politiemedewerker of militair, en hadden bovendien al een lang dienstverband bij hun werkgever (13/21 betrokkenen waren al 20 jaar of meer in dienst).

67 De kans is erg groot dat cijfers een vertekend beeld geven, omdat bij een kleine onderzoekspopulatie toevalligheden de cijfers aanzienlijk beïnvloeden.
68 Kerkhof en Van Luyn, 2010: 40.
69 Indien dit beeld nog verandert, dan zal de aangepaste analyse worden verwerkt in het addendum dat wordt opgesteld op basis van de suïcides die tussen 1 maart 2014 en 1 januari 2015 plaatsvinden (zie hoofdstuk 5 voor een nadere toelichting).

**Tabel 1** Demografische achtergronden en functies van de betrokkenen (totaal = 21)

| | betrokkenen[70] |
|---|---|
| **Werkzaam bij politie / KMar** | 20 / 1 |
| **Geslacht man / vrouw** | 19 / 2 |
| | |
| **Leeftijd** | |
| *< 30 jaar* | 3 |
| *31-49 jaar* | 5 |
| *50 jaar of ouder* | 13 |
| | |
| **Relatie** | |
| *Alleenstaand* | 7 |
| *Partner* | 14 |
| | |
| **Kinderen** | |
| *Geen (stief)kinderen* | 7 |
| *Wel (stief)kinderen* | 14 |
| | |
| **Woonsituatie** | |
| *Alleen*[71] | 8 |
| *Met gezinsleden*[72] | 13 |
| | |
| **Functie** | |
| *Executief of militair*[73] | 19[74] |
| *Administratief-technisch of burger*[75] | 2 |
| | |
| **Aantal jaren werkzaam bij politie of KMar** | |
| *< 10 jaar* | 5 |
| *10-19 jaar* | 3 |
| *20-29 jaar* | 5 |
| *> 30 jaar* | 8 |

## 3.2 Kenmerken van de suïcides

Bij de suïcides die wij onderzochten, was de meest gebruikte methode het zichzelf doden met een (dienst-)vuurwapen. Dit gebeurde in bijna de helft van de gevallen. Overigens beschikten lang niet alle betrokkenen zelf over een dienstvuurwapen. Bij een aantal van hen was het wapen ingenomen vanwege langdurig ziekteverzuim en/of omdat ze hun integrale beroepsvaardigheidstoets niet had-

70 Kolom heeft betrekking op het aantal betrokkenen (ambtenaren van politie die zich gesuïcideerd hebben), tenzij expliciet anders vermeld.
71 Alleen heeft ook betrekking op het wonen in een studentenhuis.
72 Met partner en/of (stief)kinderen.
73 Executieve politiemedewerkers zijn in het bezit van het politiediploma en zijn algemeen opsporingsambtenaar op basis van artikel 141 van het Wetboek van Strafvordering. Militairen zijn, volgens Art. 1 lid a van de Militaire Ambtenarenwet, 'zij, die zijn aangesteld bij het beroepspersoneel van de krijgsmacht of bij het reservepersoneel van de krijgsmacht om in militaire openbare dienst werkzaam te zijn'.
74 Waarvan 3 betrokkene aspirant of cadet waren.
75 Administratief-technische medewerkers en burgers zijn alle medewerkers van de politie en KMar die niet executief of militair zijn.

den gehaald. Bovendien waren niet alle betrokkenen executief of militair, dus zij mochten geen wapen hebben. Met andere woorden, de mogelijkheid om zich met het dienstvuurwapen te suïcideren bestond niet voor alle betrokkenen. Maar dit nam niet weg dat enkele betrokken zich toch met een dienstvuurwapen wisten te suïcideren, ondanks dat zij hier geen toegang toe mochten hebben.

De meerderheid van de politie- en KMar-medewerkers die zich van het leven beroofde, liet een afscheidsbericht achter. Dit gebeurde bijvoorbeeld in de vorm van een brief, e-mail, voicemail of SMS-bericht. De zelfdoding vond het vaakst in of rond de eigen woning plaats. Dit gold zeker bij verhanging. Ook heeft een aantal betrokkenen zich in het politiebureau of op de kazerne van het leven beroofd. In die gevallen gebeurde dat steeds met een dienstvuurwapen. Verder zijn er drie personen door een trein aangereden. Tot slot: in twee gevallen doodde de betrokkene voorafgaand aan de suïcide één of meerdere directe naasten.



**Tabel 2** Kenmerken van de suïcides (totaal = 21)

| | betrokkenen |
|---|---|
| Methode | |
| *Dienstvuurwapen* | 9 |
| *Privé vuurwapen* | 1 |
| *Verhanging* | 8 |
| *Dodelijke aanrijding door trein* | 3 |
| | |
| Afscheidsbericht achtergelaten | 14 |
| | |
| Plaats van de suïcide | |
| *In of rond de eigen woning* | 10 |
| *Op de werkplek* | 3 |
| *Elders* | 8 |

## 3.3 Opvallende persoonlijkheidskenmerken

In de psychologische autopsies zagen we een aantal persoonlijkheidskenmerken regelmatig terugkomen. Deze hebben de kwetsbaarheid van de betrokkenen waarschijnlijk vergroot. We willen benadrukken dat het onderstaande geen diagnose is.[76] Zonder een persoon in levenden lijve te zien, is het niet mogelijk om een (psychiatrische) diagnose te stellen. Hieronder wordt daarom alleen gesproken in termen van ‘klachten’, ‘symptomen’ of ‘problemen’.

### Emotionele instabiliteit

Een belangrijk en terugkerend thema is dat verschillende betrokkenen door bepaalde gebeurtenissen relatief snel uit evenwicht werden gebracht. Ze maakten zich makkelijk zorgen, piekerden over allerlei problemen en voelden zich ongelukkig of onveilig. Emotioneel instabiele personen zijn gevoelig en

[76] We gebruiken dan ook geen diagnostische termen als ‘narcisme’ of ‘neuroticisme’. Bij sommige betrokkenen zou dit overigens wel kunnen, omdat zij reeds voor de suïcide door een arts of psycholoog gediagnosticeerd zijn met een bepaalde persoonlijkheidsstoornis.

winden zich snel op. Zij hebben last van negatieve gevoelens als woede, frustratie, somberheid, schaamte of schuld en ze uiten die gevoelens vaak ook.[77]

We hebben gehoord dat diverse ambtenaren van politie die een einde aan hun leven maakten, piekerden over bijvoorbeeld gebeurtenissen in de jeugd, over de relatie met de partner, over leerprestaties waarover ze ontevreden waren of over geringe kansen op promotie in het werk. Veel mensen maken in hun leven heftige en nare gebeurtenissen mee zoals een scheiding, maar meestal leidt een dergelijke gebeurtenis niet tot suïcidaal gedrag. Daarentegen was de interpretatie die een aantal betrokkenen gaf aan hetgeen hen overkwam uitermate negatief en destructief voor hun zelfbeeld, waardoor ze geen uitweg zagen anders dan zichzelf van het leven te beroven.



Deze emotionele instabiliteit betekent niet dat de betrokkenen volledig uit het lood geslagen waren. Vaak functioneerden ze goed in het werk en konden ze adequaat omgaan met de potentieel schokkende gebeurtennissen die samenhangen met het vak. Bepaalde gebeurtenissen waren echter wel verontrustend voor hen en hadden een grote impact op hun wil om te leven. Zeker als die gebeurtenissen buiten het werk lagen, was het voor collega's lang niet altijd duidelijk dat de betrokkenen kampten met emotionele instabiliteit.

**Geslotenheid**

De ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, werden door onze gesprekspartners regelmatig beschreven als (zeer) gesloten. We hoorden dat ze weinig over zichzelf vertelden en niet lieten merken wat ze ergens van vonden. Ook zwegen ze over wat hen buiten het werk bezighield of hoe hun jeugd was geweest. De betrokkenen werden wel regelmatig beschreven als sociaal: ze waren bijvoorbeeld erg hulpvaardig, collegiaal en vroegen anderen wat hen bezighield. Maar over zichzelf lieten ze weinig los.

In enkele gevallen realiseren de respondenten zich pas na de zelfdoding hoe gesloten hun collega, familielid of vriend(in) eigenlijk was. Kenmerkend in dit verband is de volgende uitspraak van een van de mensen die we interviewden: '[naam betrokkene] was een open boek, maar bleek achteraf een zwarte bladzijde te hebben'.

**Beperkte zelfreflectie, starheid en zwart-wit denken**

De betrokkenen leken regelmatig weinig inzicht te hebben in hun eigen gemoedstoestand. Leidinggevenden spraken de betrokkenen soms aan op hun gedrag, maar die ontkenden dan dat ze dit gedrag vertoonden of wilden niet erkennen dat hun gedrag tot problemen leidde. Als problemen wel onderkend werden, legde men de oorzaak en de oplossing buiten zichzelf. Het lijkt er sterk op dat deze beperkte zelfreflectie bij diverse betrokkenen tot psychische problemen leidde en deze in stand hielden.

Opvallend ook is de frequent genoemde starheid van de betrokkenen. Ze werden bijvoorbeeld getypeerd als 'super perfectionistisch', 'autistisch', 'rigide', of *'control freak'*. Meermalen uitte zich dit onder meer in excessieve geordendheid in het werk, een opvallende mate van persoonlijke verzorging

[77] Van Hemert e.a., 2012.

(haren altijd goed in model, kleding altijd perfect (van binnen en buiten) gestreken, meteen andere kleren aandoen als er een vlek op zit, et cetera) en de behoefte om het huis altijd perfect opgeruimd te hebben. Een dergelijke sterke behoefte aan structuur kan verstorend worden op het moment dat men de controle denkt kwijt te raken. Een baan die op de tocht staat of problemen in het gezin kunnen dan een grote hoeveelheid stress met zich meebrengen. Bij een aantal betrokkenen is ook waargenomen dat zij in de aanloop naar de suïcide steeds meer rigide werden.

Betrokkenen die door respondenten als star werden ervaren, werden vaak ook omschreven als zwart-wit denkers. Iets was of goed of fout. Het eigen gedrag en dat van anderen werd dan ook al snel helemaal goed of helemaal fout gevonden. Sommige ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, leken het gevoel te hebben een onschuldig slachtoffer van een boze buitenwereld te zijn. Anderen leken juist gedacht te hebben dat ze zelf alles fout deden, dat ze anderen tot last waren en geen recht hadden op leven.



**Behoefte om belangrijk gevonden te worden**

Kenmerkend voor diverse onderzochte suïcides is de grote behoefte om belangrijk gevonden te worden. Deze betrokkenen leken buitengewoon veel waarde te hechten aan hoe anderen hen zagen. 'Afgaan' werd als een grote nederlaag ervaren die de betrokkene niet meer te boven zou komen. Deze krenking van het ego ontstond op verschillende manieren, maar meestal door verlating door de partner of het minder goed presteren op het werk. Het lijkt waarschijnlijk dat suïcide als een oplossing werd gezien om schaamte en afbreuk aan het zelfbeeld te voorkomen of te ontvluchten.

Volgens onze respondenten vonden een aantal ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten de status die zij aan het werk ontleenden en de behaalde rang belangrijk. Een van de mensen die wij spraken heeft het over: 'het harnas dat [naam betrokkene] overeind hield'. Met het 'harnas' bedoelde deze respondent het respect dat de betrokkene van ondergeschikten kreeg op basis van diens functie. Voor de betrokkenen wiens zelfbeeld nauw verbonden was met het werk, kon met een dreigend ontslag meer wegvallen dan alleen de baan.

**Impulsiviteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag**

Diverse betrokkenen worstelden met impulsiviteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag. De directe aanleiding voor de suïcide was bij een aantal naar alle waarschijnlijkheid de angst voor gezichtsverlies door het (op handen zijnde) openbaar worden van seksueel gedrag dat door anderen en/of door de wet als onacceptabel zou worden beoordeeld.[78] Het kon daarbij gaan om vreemdgaan, seksuele intimidatie van collega's, aanranding, incest en andersoortig strafbaar seksueel gedrag op het werk en daarbuiten.

Impulsiviteit uitte zich ook in de hantering van agressie. Een aantal betrokkenen had volgens respondenten een 'kort lontje' en kon intimiderend en (verbaal) agressief zijn, zowel op het bureau naar collega's, als op straat en thuis. Tegelijk waren er betrokkenen die terughoudend waren in het gebruik van geweld en het zoeken van de confrontatie.

[78] Overigens maakten niet alle betrokkenen met dit gedrag zich zorgen over de openbaarwording daarvan.

## 3.4 Gezondheidsproblemen

Psychische problemen zijn een belangrijke stressor die suïcidaal gedrag in de hand werkt. Deze paragraaf beschrijft actuele en eerdere psychische problemen van de betrokkenen, de relatie die lichamelijke gezondheidsproblemen met dit suïcidale gedrag lijken te hebben en de 'besmettelijkheid' van suïcides.

**Tabel 3** Kenmerken van de suïcides (totaal = 21)



| | betrokkenen |
|---|---|
| Ooit professionele hulp gehad voor psychische problemen | 13 |
| Actuele psychische problemen | 14 |
| Professionele hulp in verband met actuele psychische problemen | 12 |
| Lichamelijke gezondheidsklachten in de twee jaar voor de suïcide | 10 |
| Suïcidale uitingen[79] (ooit en/of actueel) | 12 |
| Suïcidepogingen in de voorgeschiedenis | 5 |

### Psychische gezondheid

Bij ruim de helft van de betrokkenen kwamen in de loop van het leven psychische problemen voor die al dan niet samengingen met suïcidaal gedrag. Hoeveel psychische problemen betrokkenen precies hadden, weten we niet. Van de betrokkenen hebben er 13 ooit professionele hulp gekregen voor psychische problemen, van wie 12 in de maanden voor de suïcide.

Op basis van bij leven gestelde diagnoses en de inschatting van het onderzoeksteam, hadden in ieder geval 14 betrokkenen op het moment van de suïcide psychische problemen. Van hen ontvingen er 12 professionele zorg en 2 niet. Gelet op de hele levensloop is het aantal betrokkenen met psychische problemen hoogstwaarschijnlijk groter.

In vrijwel alle gevallen van actuele psychische problemen ging het om (een combinatie van) depressieve klachten, waanideeën, angstklachten, burn-out klachten, psychosomatische klachten en suïcidaal gedrag. Middelenmisbruik kwam soms ook voor. Enkele ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, waren aan alcohol verslaafd. Ook waren er die (soft)drugs gebruikten. Overigens is niet altijd duidelijk hoe ernstig het middelenmisbruik was. Sommige respondenten spreken bijvoorbeeld van een 'gezelligheidsdrinker', terwijl anderen een verslaving menen te zien.
Bij enkele betrokkenen vonden we aanwijzingen dat ze geconfronteerd waren geweest met (seksueel) geweld (in hun jeugd), met de dreiging met geweld of met traumatiserende omstandigheden gerelateerd aan de werksituatie. Deze ervaringen kunnen een rol van betekenis hebben gehad in de aanloop tot de suïcide. Echter, geen van de betrokkenen is gediagnosticeerd met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een andere traumatische aandoening.

---

79 Bijvoorbeeld een opmerking 'dat je er liever niet meer bent'.

**Lichamelijke gezondheid en functievereisten**
Ongeveer de helft van de betrokkenen had forse lichamelijke klachten die het dagelijkse functioneren belemmerden. Het ging onder meer om rugklachten/hernia, kanker, reuma, hoge bloeddruk, knieklachten, ziekten van het immuunsysteem, prostaatklachten, jicht, seksueel overdraagbare aandoeningen en darmklachten. Dergelijke lichamelijke klachten leidden dikwijls tot perioden van verzuim.

Lichamelijke klachten leidden vaak tot (extra) psychische druk. We hoorden dat deze betrokkenen diverse keren vonden dat hun lichaam hen in de steek liet, terwijl zij veel zelfwaarde ontleenden aan fysiek sterk en gezond zijn. Daar kwam bij dat de fysieke (en mentale) klachten regelmatig ook implicaties hadden voor het soort werk dat men kon doen. Verschillende betrokkenen maakten zich vanwege hun lichamelijke en psychische gezondheidsklachten ernstige zorgen dat zij de testen van de integrale beroepsvaardigheidstraining niet zouden halen. En inderdaad lukte dit sommige betrokkenen ook niet, waardoor ze geen vuurwapen meer mochten dragen. Anderen mochten nog wel een vuurwapen dragen, maar konden niet meer de functie uitoefenen die ze eigenlijk wilden, zoals bij de noodhulp of in een arrestatie-eenheid. Hun gezondheid beïnvloedde hun (werkzame) leven dus op negatieve wijze. Overigens waren lichamelijke klachten niet altijd een stressor. Enkele betrokkenen leken het lichamelijke ongemak min of meer te hebben geaccepteerd.



**Besmettelijkheid suïcides**
Bij enkele suïcides lijkt er een verband te zijn met de zelfdoding van een familielid, van een (directe) collega op het werk of van iemand die op een andere manier belangrijk was voor de betrokkene. Diverse ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, deden uitspraken over suïcides van mensen om hen heen, wat zij daarvan vonden, in hoeverre zij de zelfdoding goedkeurden, en of zij dit voor zichzelf als optie zagen. Van de betrokkenen die in dit onderzoek zijn opgenomen, weten we dat in ieder geval een aantal elkaar kenden. Diverse respondenten legden ook het verband tussen twee suïcides die zijn aangemeld bij het Registratiepunt.

## 3.5 Signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag

Gezondheidsproblemen waren meermalen een aanleiding voor een suïcide. Maar gezondheidsproblemen op zichzelf zijn geen aanwijzing dat iemand zich gaat suïcideren. Deze paragraaf beschrijft welke signalen betrokkenen gaven dat ze suïcidaal waren. Werden die signalen door de naasten herkend? Was het voor hen mogelijk om de signalen bespreekbaar te maken?

**Suïcidaal gedrag en het signaleren daarvan**
Suïcidale uitingen, variërend van een opmerking ‘dat je er liever niet meer bent’ tot een suïcidepoging, zijn een voorspeller voor (nieuwe) suïcidepogingen. Zoals tabel 3 laat zien, was er bij de helft (12/21) van de betrokkenen sprake van een suïcidale uiting kortere en/of langere tijd voor de fatale suïcidepoging. Bij vijf van deze mensen bestond de suïcidale uiting (onder meer) uit één of meerdere suïcidepogingen.[80]

Een deel van de suïcides kwam voor de omgeving niet als een verrassing; diverse mensen rond de betrokkene hielden er al rekening mee dat dit zou kunnen gebeuren. Andere suïcides kwamen voor

[80] In één geval werd de poging pas na de suïcide herkend als (mogelijke) poging.

iedereen volstrekt onverwacht. De gevoeligheid voor suïcide bleek uit allerlei (suïcidale) signalen die betrokkenen hebben afgegeven aan collega's, familieleden en/of hulpverleners. Ze communiceerden bijvoorbeeld over de gedachte er een eind aan te willen maken. Sommigen identificeerden zich openlijk met collega's of personen buiten de organisatie die suïcide pleegden. Een aantal betrokkenen deed eerder suïcidepogingen. Dikwijls ook vertoonde betrokkenen gedrag dat door onze respondenten als opmerkelijk of ongebruikelijk werd ervaren: bedankjes die vreemd overkwamen, schenkingen die niet pasten in het voor die persoon normale gedrag, of onverwachte schouderklopjes en handdrukken.



Dergelijke signalen zijn, zeker achteraf, goed te duiden. Maar voor mensen in de omgeving van de betrokkene – familie, collega's, leidinggevenden, vrienden en zorgverleners – was op het moment zelf vaak niet duidelijk wat ze betekenden. Ook niet wanneer ze op de hoogte waren van de (psychische) problemen van de betrokkene.

Een minderheid van de ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, gaf weinig tot geen signalen. Over hen vertellen onze respondenten dat de suïcide als een volstrekte verrassing kwam. Ook achteraf gezien herkennen de respondenten vaak geen signalen en kijken zij vol ongeloof terug op wat er gebeurd is. Belangrijk in dit kader is dat in ieder geval een aantal van deze suïcides impulsief plaatsvond. Ze waren dus niet voorbereid en kwamen soms in een kwestie van minuten tot stand. Dat betekent niet dat deze betrokkenen nooit signalen van suïcidaliteit hebben laten zien, maar wel dat ze in de dagen en weken voor de suïcide geen of weinig signalen afgaven.

### Suïcidaliteit bespreekbaar maken

Waar de directe omgeving vermoedde dat de betrokkene zich zou kunnen suïcideren, heeft men soms geprobeerd dit bespreekbaar te maken. Erg diep ging men er meestal niet op in. Het bespreken van suïcidale gedachten bestond meerdere keren uit het maken van de afspraak dat er geen suïcide gepleegd zou worden: 'Je gaat toch geen gekke dingen doen hè?!' In een aantal gevallen is door naasten expliciet met de betrokkene gesproken over het suïciderisico, maar in veel gevallen wisten de betrokkenen hun gesprekspartner(s) te overtuigen dat er van serieuze suïcideplannen geen sprake was.

Diverse respondenten zeggen dat ze terughoudend waren met het ingaan op suïcidale uitspraken en in het uiten van hun eigen vermoedens. Sommigen waren bang dat zij de betrokkene daarmee op ideeën zouden brengen. Ook niet altijd werd de ernst van de problemen onderkend. En in een aantal gevallen lijkt de ernst ronduit onderschat door de directe omgeving en/of professionele hulpverleners.

## 3.6 Stressoren in de zorgketen

De professionele zorgketen bestaat uit het proces van diagnostisering van psychische problemen,[81] hulp- en zorgverlening, tot en met de re-integratie. Knelpunten in de zorgketen, zoals een verkeerde diagnose of slechte zorgverlening, vergroten het risico op suïcides.[82] Ze zorgen dat stressoren als psychische problemen niet adequaat worden aangepakt. Knelpunten in de zorgketen kunnen op zich

81 Ook de signalering van mogelijke psychische problemen en suïcidaal gedrag kan tot de zorgketen worden gerekend. Hoe dit in de praktijk plaatsvindt is in de vorige paragraaf beschreven.

82 Ministerie van VWS, 2014; Kerkhof en Van Luyn, 2010.

ook een bron van stress worden, zoals wanneer de cliënt de dupe wordt van slechte samenwerking tussen zorgverleners. Deze paragraaf beschrijft per fase in de zorgketen de stressoren.

**Diagnostisering en doorverwijzing door professionele zorgverleners**
Professionele zorgverleners, zoals de bedrijfsarts en de (eerstelijns)psycholoog, worden geacht signalen van suïcidaliteit te herkennen, zelf zorg te bieden en zo nodig door te verwijzen. In diverse gevallen waarbij de betrokkene contact had met een zorgverlener is suïcidaliteit besproken: bijvoorbeeld na een suïcidepoging en naar aanleiding van suïcidale uitspraken zonder poging. Echter, bij een deel van de betrokkenen is suïcidaal gedrag niet aan bod gekomen in het contact met hulp- en zorgverleners. En ook als het wel aan bod kwam, is meerdere keren de ernst onderschat en is er geen (vervolg-)behandeling geweest. Overigens was suïcidaliteit meestal niet de aanleiding voor het contact met een zorgverlener. Meerdere keren kwam een ambtenaar van de politie met fysieke klachten en werd pas tijdens het contact met de zorgverlener duidelijk dat er ook psychische problemen en mogelijke suïcidaliteit speelden.



**Zorgverlening**
Op basis van een diagnose gaan zorgverleners aan de slag om samen met de cliënt/patiënt de problemen aan te pakken. De helft van de betrokkenen heeft een vorm van professionele psychische zorg ontvangen in verband met de actuele psychische problemen; vaak van diverse zorgverleners van zowel binnen als buiten de organisatie. In verschillende zorgtrajecten deden zich situaties voor die het herstel van de betrokkenen niet bevorderden. Deze worden hier beschreven.

*Weinig afstemming*
In de interviews vroegen we naar de afstemming tussen de zorgverleners onderling en met de directe leidinggevende van de betrokkene. Het bleek moeilijk om hier een reconstructie van te maken. Respondenten, zowel collega's, leidinggevenden, familie als professionele zorgverleners, overzagen slechts een deel van de hulp- en zorgverlening en wisten regelmatig niet of iemand zorg had gekregen. Ook de beschikbare dossiers gaven hier niet altijd inzicht in. Wel werd duidelijk dat de hulp meestal van verschillende zorgverleners kwam: huisarts, psycholoog, psychiater, bedrijfsarts en in iets mindere mate het bedrijfsmaatschappelijk werk. Van afstemming tussen zorgverleners in dienst van of ingeschakeld door de werkgever enerzijds, en zorgverleners buiten de werkgever anderzijds, lijkt bij de door ons onderzochte casussen nauwelijks sprake te zijn geweest. Door externe zorgverleners gediagnostiseerde psychische problematiek was niet altijd bekend bij interne zorgverleners. Maar ook de afstemming tussen de interne zorgverleners was regelmatig beperkt.

*Wie heeft het overzicht?*
Slechts voor een paar suïcides wisten respondenten (vaak een betrokken zorgverlener) welke zorgverleners actief waren geweest. Geen van die zorgverleners scheen het inhoudelijke overzicht te hebben gehad van de behandelingen en hulptrajecten die een suïcidale politie- of KMar-medewerker had gekregen. Illustratief is dat wij als onderzoekers regelmatig niet konden ontdekken, noch via gesprekken noch via de medische dossiers of andersoortige registraties, wat de reden was geweest voor het contact tussen een professionele zorgverlener en de betrokkene. Diverse zorgverleners die

wij spraken konden ook achteraf niet aangeven welke problemen precies speelden, welke interventies waren ingezet of wat het effect van deze interventies was.

*Beperkt inzicht in medicatiegebruik*
Het medicatiegebruik was beperkt in beeld. De bedrijfsartsen die we spraken wisten vaak niet of hun cliënt medicatie gebruikte, of welke. Uit gesprekken werd duidelijk dat de diverse betrokkenen medicatie gebruikten die bijvoorbeeld door de huisarts was voorgeschreven, maar waar de bedrijfsarts geen weet van had. Medicatie die soms het functioneren kon beïnvloeden. Hierdoor kon de bedrijfsarts de leidinggevende niet adequaat informeren over wat een medewerker wel en niet kon doen in het werk.



**Re-integratie**
De ambtenaren van politie die uiteindelijk een eind aan hun leven maakten, bevonden zich – als zij zorg ontvingen – ook vaak in een re-integratietraject. Voor henzelf, hun leidinggevende, de bedrijfsarts en collega's was het zoeken naar wat ze wel en niet konden. Volgens onze respondenten verliep die zoektocht voor de betrokkene soms goed, maar regelmatig ook niet. Onze respondenten vertelden dat de betrokkenen zich gefrustreerd hadden gevoeld. Ze hadden het idee minderwaardig werk te doen, ze vonden het moeilijk dat ze gedurende de re-integratie geen dienstwapen mochten dragen en hadden het gevoel niet voor vol te worden aangezien. Respondenten spraken over ongemakkelijke situaties met collega's en leidinggevenden die niet goed zouden hebben geweten hoe ze met de betrokkenen moesten omgaan nadat bekend werd dat die ziek was.

Diverse leidinggevenden en collega's die we spraken, vertelden dat ze ook zelf de omgang met de betrokkene moeilijk vonden. Die was in bepaalde opzichten niet meer de oude. Wat kon je dan wel en niet van hem of haar verwachten? Waar kon je de betrokkene wel en niet op aanspreken? Hoe om te gaan met zijn of haar boosheid en frustratie? Soms deden de politie- en KMar-mensen voor hun zelfdoding een aanzienlijk beroep op de tijd van hun leidinggevende en collega's, bijvoorbeeld door ze meerdere keren per dag te bellen. De impact van ziekte en moeizame re-integratietrajecten op leidinggevenden en het team lijkt dan ook aanzienlijk.

## 3.7 Stress en duurzame kwetsbaarheidsfactoren in de privé omgeving

We hebben net gekeken naar stressoren en kwetsbaarheden die samenhangen met persoonlijkheidskenmerken van de betrokkenen, hun gezondheid en de zorg die zij ontvingen. Deze en de volgende paragraaf gaan over de omgeving van de betrokkene. Deze paragraaf staat stil bij factoren uit de privé omgeving die hebben bijgedragen aan de suïcide. De volgende paragraaf zoomt in op factoren uit de werkomgeving.

**Kwetsbaarheid door gebeurtenissen in de jeugd[83] en relatie met ouders**
Diverse betrokkenen hadden in hun jeugd (tot 18 jaar) dingen meegemaakt die volgens de literatuur samenhangen met een verhoogd suïciderisico. We hoorden over ouders met ernstige psychische problemen, verslavingsproblematiek bij ouders of in de directe omgeving, (seksueel) misbruik in de jeugd en echtscheidingen. De onderlinge steun binnen het gezin – een beschermende factor – stond daarmee op losse schroeven.

83 Tot 18 jaar.

Respondenten legden bovendien regelmatig een verband tussen de suïcide en hoe de betrokkene zijn of haar jeugd had ervaren. Zo wordt er bijvoorbeeld gesproken van een 'koud gezin' waarin een betrokkene weinig affectie kreeg van één of beide ouders. We hoorden tijdens de interviews ook over moeilijk vrienden kunnen maken op school, een moeizaam contact met broers en zussen, ontevredenheid over leerprestaties en onzekerheid over de toekomst.

Van lang niet alle betrokkenen hebben we een goed beeld van hun jeugd, onder meer omdat familieleden niet altijd wilden of konden meewerken aan het onderzoek. Duidelijk is wel dat problemen met ouders, broers en zussen bij meerdere suïcides een rol speelden. Zo waren er vetes binnen families en wilden mensen elkaar niet meer zien. Voor zover familieleden psychische problemen hadden tijdens de jeugd van de betrokkene, bleven die ook later nog regelmatig opspelen of ontstond er nieuwe problematiek. Zo hadden meerdere betrokkenen een ouder of een broer of zus die zich suïcideerde. Deze ambtenaren van politie hadden dus in hun directe gezinsomgeving (op jonge leeftijd) een zelfdoding meegemaakt. Daarnaast lijkt onder meer de natuurlijke dood van een ouder regelmatig een stressor te zijn geweest.



**Verlies van en problemen met partner en kinderen**

Terugkerend thema in diverse psychologische autopsies is het (dreigend) verlies van een partner en relatieproblemen. Dit waren belangrijke aanleidingen voor de suïcide. Enkele betrokkenen verloren in de periode voor de zelfdoding hun partner door een natuurlijke dood, en hadden veel moeite de draad daarna weer op te pakken. Hun eigen leven – en soms ook het gezinsleven – raakte ontwricht en verloor aan betekenis. Een aanzienlijke groep betrokkenen kampte met relatieproblemen en (dreigende) scheiding. De aanleidingen waarom de relatie op de klippen liep, varieerden van buitenechtelijke relaties tot verslavingsproblematiek. Deze relatieproblemen creëerden voor de betrokkenen vaak veel stress waarmee ze niet goed konden omgaan.

Het contact met de (pleeg)kinderen was een beschermende factor: betrokkenen genoten er van ouder te zijn en ze waren trots op hun kinderen. Maar soms was het (dreigend) beschadigd raken van de relatie met de kinderen ook een bron van stress. Enkele betrokkenen hadden een ernstig conflict met hun eigen kinderen en/of met de kinderen van hun (ex)partner. Betrokkenen waren bijvoorbeeld ontevreden over de prestaties of het verantwoordelijkheidsgevoel van hun kinderen, en andersom keurden de kinderen het gedrag van de betrokkene af.

**Ongewenste omgangsvormen en strafbaar gedrag**

Opvallend is dat de aanleiding voor conflicten met de partner en kinderen regelmatig te maken had met seksualiteit en seksueel ongewenste omgangsvormen. Diverse ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, waren op het werk of daarbuiten vreemd gegaan. Op het moment dat dit (weer) bekend dreigde te worden, waren ze zo bang voor het gezichtsverlies en de breuk met partner en gezin, dat suïcide de enige uitweg leek.

Zoals in paragraaf 3.3 beschreven, bestond het seksuele gedrag van een betrokkene verschillende keren uit ongewenste omgangsvorm die tuchtrechtelijk[84] aangepakt konden worden en soms ook uit strafbare feiten volgens het Wetboek van Strafrecht. Er waren zulke voorvallen op de werkvloer, privé

[84] Op grond van het Besluit Algemene Rechtspositie Politie (BARP) en de Wet militair tuchtrecht.

en soms ook in het gezin. Dergelijk gedrag zou vrijwel zeker ontslag en soms ook een gevangenisstraf hebben opgeleverd.

Enkele betrokkenen vertoonden (ook) niet-seksueel ongewenst en strafbaar gedrag. Twee ambtenaren van politie vermoordden – vlak voordat zij zichzelf doodde – één of meer mensen in hun naaste omgeving. Er kwam drugsgebruik voor. En er zijn voorvallen bekend waarin de betrokkene zich bewust niet aan de voorschriften en werkprotocollen van de organisatie hield, zijn of haar plicht bewust verzuimde en anderen aanspoorde dit ook te doen.



**Financiële problemen en huisvesting**

Verschillende betrokkenen hadden financiële problemen en ervoeren dit als stressvol. De omvang van de schulden varieerde van € 7.000 tot € 70.000. Oorzaken waren onder meer onverantwoorde uitgaven, beperkt overzicht op de financiën, alimentatieverplichtingen en vermoedelijk ook gokproblemen. Regelmatig werden er maatregelen genomen om de financiële problemen aan te pakken, bijvoorbeeld door beslag op het loon te leggen. In deze gevallen was de financiële problematiek dus ook bij de werkgever bekend en had de betrokkene een gesprek met zijn leidinggevende gevoerd over het loonbeslag. Anderen hielden de schulden verborgen voor hun (werk)omgeving. Overigens lijken de ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten hun financiële problemen verschillend te hebben ervaren. Sommigen maakten zich er (erg) veel zorgen over, anderen leken niet veel aandacht te besteden aan hun financiële situatie.

Soms speelden, al dan niet in combinatie met de financiële problemen, huisvestingsperikelen. Meestal waren deze problemen het gevolg van een scheiding, maar soms stonden ze daar helemaal los van. Bij enkele betrokkenen hebben de huisvestingsproblemen als stressor bijgedragen aan het komen tot de suïcide.

## 3.8 Stress en duurzame kwetsbaarheidsfactoren in de werkomgeving

Om de suïcides te begrijpen, bleek de werkomgeving regelmatig essentieel. In deze paragraaf beschrijven we welke stressoren en duurzame kwetsbaarheden hiermee samenhangen.

**Aanzegging intern onderzoek**

Een aantal ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, kreeg kort voor de suïcide te horen dat er een intern onderzoek zou worden gestart. Dat gebeurde vanwege seksuele intimidatie op de werkvloer en (buiten het werk) gepleegde strafbare feiten. Veel respondenten zagen het interne onderzoek als de directe aanleiding voor de zelfdoding. In alle gevallen vond de suïcide kort na de aanzegging van het interne onderzoek plaats; ofwel direct daarna ofwel binnen een paar dagen. Naar verwachting zouden de uitkomsten van het interne onderzoek ernstige consequenties hebben voor de betrokkenen: rechtsvervolging, verlies van de partner, ontslag. In een aantal gevallen waren de partner en familieleden van de betrokkenen op het moment van de suïcide (nog) niet op de hoogte van het geplande interne onderzoek.

Betrokkenen ervoeren vaak een nauwe band met hun werkomgeving: collega's waren tevens vrienden en het werk gaf hun leven status, structuur en betekenis. Dit zou in één klap weg kunnen vallen. Sommige respondenten opperen dat een intern onderzoek nog erger is dan een strafrechtelijk onderzoek, omdat ook tijdens het onderzoek de relatie met collega's en leidinggevenden kan veranderen. Er zou meer afstand komen (soms mag iemand die wordt onderzocht ook geen contact meer hebben met collega's) en hierdoor valt een steunende context weg. Onze gesprekspartners vermoedden dat de betrokkenen wisten dat hen een (lange) onzekere periode te wachten stond waarin ze er gevoelsmatig alleen voor stonden.

De betrokkenen hadden overigens nog wel degelijk contact met de organisatie. Na het aanzeggen van het interne onderzoek was er vaak dagelijks contact met de directe leidinggevende en soms ook met andere collega's. De leidinggevenden die wij spraken noemden ook de grote impact die een intern onderzoek kan hebben, en zeiden dat ze daarom een vinger aan de pols wilden houden. Voor de leidinggevenden was het naar eigen zeggen geen eenvoudige taak om te beoordelen wat ze konden doen voor de betrokkene en welke signalen er op konden wijzen dat het niet goed met hem of haar ging. 

**Bescherming door betekenisvol werk en hechte collegiale banden**

Betrokkenen leken vaak tevreden te zijn over hun werk en met veel plezier hun vak uit te oefenen. Zij zouden het werk als betekenisvol ervaren, hielden van de spanning en sensatie die het werk soms met zich meebracht en waren er trots op bij hun werkgever te werken. Sommigen zouden ook veel waarde hechten aan de status die zij (op basis van rang) binnen de organisatie hadden.

Zowel uit onze gesprekken als uit de personeelsdossiers blijkt dat de ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten op het werk vaak goed functioneerden. Een van hen kreeg kort voor zijn suïcide nog de beoordeling 'uitmuntend' en werd door alle respondenten als een bijzonder bekwame en voorbeeldige collega omschreven. Ook andere betrokkenen hadden carrière gemaakt en werden als bijzonder gedreven en capabele mensen omschreven.

De motivatie voor het werk hing regelmatig samen met de hechte collegiale banden. Wederzijds vertrouwen en het gevoel samen een zware en soms spannende klus te moeten klaren, gaven de betrokkenen een gevoel van verbondenheid. Ze deden er toe. En ze haalden voldoening uit het horen bij een hechte groep. Voor zover de betrokkenen hechte vrienden hadden, hadden zij die meestal op het werk en maar zelden daar buiten. Hechte sociale banden en het gevoel ergens bij te horen kunnen een sterke bescherming bieden tegen suïcide.[85]

**Pesten en buiten de groep vallen**

De medaille heeft ook een keerzijde: wat als je niet echt in de groep past of zelfs gepest wordt? Volgens diverse respondenten was dit bij enkele ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten het geval. Het pesten varieerde van grappen maken over de betrokkene in diens bijzijn, tot hen niet betrekken in gesprekken en hinderen in de werkuitvoering. Genoemde redenen voor het pesten waren bijvoorbeeld dat betrokkenen niet bekwaam waren in hun vak of dat er getwijfeld werd

---

85 Van Hemert e.a., 2012.

aan hun loyaliteit. Ook het uiterlijk van de betrokkenen had er volgens de respondenten soms toe bijgedragen dat ze niet zo goed in de groep lagen.

De grens tussen plagen en pesten werd door respondenten verschillend geïnterpreteerd: sommige respondenten spraken van smaakvolle grappen, terwijl andere dachten dat de betrokkene die grappen vervelend vond en dat ze mogelijk mede de aanleiding waren geweest voor de suïcide. Grappen maken zou bij de cultuur horen en ook gewaardeerd worden door medewerkers. Zo vertelde een respondent dat als er grappen over/met je worden gemaakt, dit een teken is dat je belangrijk bent in de groep. Anders zou überhaupt niet de moeite worden genomen om grappen over/met je te maken.



### Ontevredenheid met de functie
Ontevredenheid met de inhoud van hun werk en/of de loopbaan binnen de organisatie kwam voor en betrokkenen ervoeren hierdoor stress. Diverse keren werden zij ook door respondenten omschreven als geen ‘echte diender’. Ze zouden bijvoorbeeld niet goed kunnen omgaan met de burger en de interne mores niet goed kennen/naleven. Respondenten denken dat deze betrokkenen liever ander werk hadden gedaan, maar om verschillende redenen – waaronder baanzekerheid – toch het huidige werk bleven doen. Volgens hen had een aantal betrokkenen ook het idee gehad dat ze weinig kans op promotie maakten of op een interne verandering van functie.

### Potentieel schokkende gebeurtenissen
Er is weinig bekend over incidenten die de betrokkenen (en andere ambtenaren van politie) hebben meegemaakt tijdens hun loopbaan. Hun medisch dossier, personeelsdossier en andere registratievormen zoals de basisvoorziening handhaving (BVH) geven hier zelden zicht op. Op basis van de interviews ontstaat het beeld dat bijna alle betrokkenen in hun werkende leven meerdere, vaak tientallen, potentieel schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Deze varieerden van lijkvindingen en aanrijdingen met ernstig letsel tot beschoten worden. Volgens respondenten was de incidentgeschiedenis van betrokkenen vaak niet uitzonderlijk en waren er veel collega’s die soortgelijke gebeurtenissen hadden meegemaakt.

Het is voor ons als onderzoekers moeilijk om te beoordelen wat de impact van dergelijke incidenten is geweest op het komen tot zelfdoding. Voor zover bekend is geen van de betrokkenen door een professionele zorgverlener gediagnosticeerd met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een andere traumagerelateerde aandoening.

Hoofdstuk 4

# Patronen in de suïcides

In dit hoofdstuk gaan we op zoek naar patronen in de suïcides. Door de theorie uit hoofdstuk 2 te verbinden met onze eigen bevindingen uit hoofdstuk 3, trachten we patronen beter te herkennen en te begrijpen. We beginnen met een nadere beschouwing van het aantal suïcides bij politie en KMar, en bekijken hoe dit zich verhoudt tot het aantal suïcides bij de totale werkzame Nederlandse beroepsbevolking. Vervolgens richten we de aandacht op het meest gebruikte middel van zelfdoding – het dienstvuurwapen – en belichten we de huidige praktijk rond het bewaren, vervoeren, innemen en teruggeven van het vuurwapen. De op een na laatste paragraaf gaat over de aanloop naar de suïcides en de kwetsbaarheden van de betrokkenen. Tot slot staan we stil bij hoe de suïcidepreventie op dit moment is ingericht. 

## 4.1 Aantal suïcides

### Aantal suïcides bij politie en KMar

Het Registratiepunt is ingesteld op 1 maart 2012. Voor ons onderzoek zijn we teruggegaan tot november 2011. Tussen 1 november 2011 en 1 maart 2012 hebben 4 ambtenaren van politie een eind aan hun leven gemaakt. Of het er misschien nog meer geweest zijn, kunnen we niet met zekerheid zeggen, aangezien er toen nog niet consequent geregistreerd werd. We hebben echter ook geen aanwijzingen dat het er meer waren, dus gaan we vooralsnog van deze vier gevallen uit.
In de periode vanaf de instelling van het Registratiepunt op 1 maart 2012 tot het eind van de onderzoeksperiode op 1 maart 2014, telden we 17 suïcides. We hebben de registratie ook gecheckt bij de contactpersonen van het Registratiepunt per eenheid, bij de Rijksrecherche, bij bijeenkomsten met het bedrijfsmaatschappelijk werk en bedrijfsartsen, en in het netwerk van het expertpanel. Steeds bleken de cijfers te kloppen. We gaan er daarom vanuit dat sinds de instelling van het Registratiepunt alle suïcides zijn gemeld.

**Tabel 4** Aantal suïcides politie en KMar (totaal = 21)

| | betrokkenen |
|---|---|
| Suïcides aangemeld 1 nov. 2011 – 29 feb. 2012 | 4 |
| Suïcides aangemeld 1 mrt. 2012 – 28 feb. 2013 | 7 |
| Suïcides aangemeld 1 mrt. 2013 – 28 feb. 2014 | 10 |
| Totaal aantal suïcides 1 nov. 2011 – 1 mrt. 2014 | 21 |
| | |
| Gemiddeld aantal suïcides per jaar bij ambtenaren van politie | 9,0 |

In de onderzoeksperiode zijn er dus in totaal 21 suïcides onder ambtenaren van politie aangemeld: 1 van de KMar en 20 van de politie. Gemiddeld waren dat 9,0 suïcides zelfdodingen per jaar op 70.063 medewerkers bij de politie en KMar gezamenlijk.

**Vergelijking met de totale werkzame beroepsbevolking**

Is een gemiddelde van 9,0 zelfdodingen veel of weinig in vergelijking met de totale werkzame beroepsbevolking in Nederland? Het CBS geeft als algemeen suïcidecijfer 10,5 suïcides per 100.000 mensen. Om het aantal zelfdodingen onder ambtenaren van politie te kunnen vergelijken met dat van de totale werkzame beroepsbevolking, moet het CBS-cijfer eerst gecorrigeerd worden op vier punten:



1. We kijken alleen naar de *beroepsbevolking*, aangezien de politie en KMar ook alleen uit beroepsbevolking bestaat (geen kinderen en bejaarden).
2. Binnen de beroepsbevolking kijken we alleen naar de *werkzame* beroepsbevolking, want de betrokkenen zijn altijd werkzaam bij de politie en KMar. Tabel 5 laat zien dat het aantal suïcides in de werkzame Nederlandse beroepsbevolking (per 100.000 mensen in 2012) 7,5 bedraagt. Dit is aanzienlijk minder dan het totaal aantal suïcides in de gehele beroepsbevolking: 11,8. Een aanzienlijk deel van de mensen dat zich suïcideert heeft namelijk geen werk. Zoals Gilissen e.a. (2014: 8) stellen: 'Vergeleken met mensen die geen uitkering ontvangen, is de sterfte door zelfdoding sterk verhoogd onder mensen die één (of meer) arbeidsongeschiktheids-, werkeloosheids- of bijstandsuitkering(en) ontvangen.'[86]
3. Het aantal suïcides is bij *mannen* hoger dan bij *vrouwen*. Tabel 5 laat zien dat mannen zich ruim twee keer zo vaak suïcideren als vrouwen: 16,1 suïcides per 100.000 mannen versus 7,5 suïcides per 100.000 vrouwen. Bij de politie en KMar werken meer mannen dan in de gemiddelde beroepsbevolking. Aangezien mannen vaker een eind aan hun leven maken dan vrouwen, is te verwachten dat er gemiddeld meer suïcides zijn bij politie en KMar. Om precies te zijn, de ambtenaren van politie zijn voor 69,8% man en 30,2% vrouw.[87] Bij de Nederlandse bevolking is deze verhouding 49,5% mannen en 50,5% vrouwen (in 2012).[88]
4. Tot slot, in plaats van de berekening te baseren op 100.000 mensen, moet gerekend worden met 70.063 mensen, omdat er op 31 december 2012 bij de politie en KMar gezamenlijk 70.063 mensen in dienst waren.

---

86 Overigens lijkt het er op basis van het onderzoek van Gilissen e.a. (2013) op dat het effect van geen werk hebben groter is bij vrouwen dan bij mannen. Zelfdodingsterfte onder mannen met een uitkering blijkt 4,6 keer zo groot en bij vrouwen met een uitkering 6,1 keer zo groot vergeleken met hun seksegenoten zonder uitkering. Op basis van suïcidecijfers van 2002 t/m 2011 tonen Gilissen e.a. (2013) dat 65% van alle mannen die zich suïcideren werk hebben en 60% van alle vrouwen. Deze verschillende verhoudingen zijn meegenomen in de berekening die ten grondslag ligt aan de tabel.

87 Bron: politie jaarverslag 2012 en kerngetallen en trends Defensie 2013.

88 Bron: CBS.

**Tabel 5** Vergelijking met de werkzame Nederlandse beroepsbevolking

| | mensen |
|---|---|
| Gemiddeld aantal suïcides in Nederlandse totale bevolking per 100.000 mensen in 2012 | 10,5 |
| | |
| Gemiddeld aantal suïcides in Nederlandse beroepsbevolking (15 – 70 jaar) per 100.000 mensen in 2012 | 11,8 |
| Per 100.000 mannen | 16,1 |
| Per 100.000 vrouwen | 7,5 |
| | |
| Gemiddeld aantal suïcides in de werkzame Nederlandse beroepsbevolking (15 – 70 jaar) per 100.000 mensen in 2012 | 7,5 |
| | |
| Verwacht aantal suïcides in Nederlandse werkzame beroepsbevolking als deze dezelfde verhouding man/vrouw had als bij de ambtenaren van politie (op basis van 70.063 ambtenaren van politie) | 6,1 |

Bovenstaande tabel toont dat er gemiddeld 6,1 suïcides per jaar te verwachten zijn als de algemene cijfers van het CBS op deze vier punten worden gecorrigeerd. Dus als we de groep ambtenaren van politie vergelijken met een groep Nederlanders die daar qua leeftijd, het hebben van werk en qua man-vrouw verhouding op lijkt, verwachten we dat zich gemiddeld 6,1 mensen zouden suïcideren. We hebben reeds gezien dat het gemiddelde aantal suïcides per jaar bij ambtenaren van politie nu op 9,0 staat. Dit is dus ongeveer 1½ keer zo veel. Met andere woorden, er vinden in de onderzoeksperiode anderhalf keer meer suïcides plaats onder ambtenaren van politie dan in de vergelijkingsgroep.

**Een korte onderzoeksperiode laat geen harde uitspraken toe**
Het gemiddelde van 9,0 suïcides per jaar onder ambtenaren van politie zegt nog weinig. De onderzoeksperiode besloeg iets meer dan twee jaar, en dat is veel te kort om harde uitspraken te doen. Zoals Tabel 4 laat zien, schommelt het aantal suïcides binnen de onderzoeksperiode aanzienlijk. De kans is groot dat het gemiddelde van 9,0 suïcides voor een deel op toeval berust.

## 4.2 Vuurwapen: gebruik, inname en teruggave

Bijna de helft van de suïcides is gepleegd met een (dienst)vuurwapen. Het (dienst)vuurwapen is daarmee de meest gebruikte suïcidemethode. Dit is opvallend, omdat het gebruik van een vuurwapen bij suïcide in Nederland in slechts 4% van de gevallen voorkomt.[89] En het is al helemaal opvallend, omdat lang niet alle betrokkenen over een (dienst)vuurwapen beschikten: bij een aantal was het wapen ingenomen vanwege langdurig ziekteverzuim en niet alle betrokkenen waren executief of militair (en mochten dus geen wapen hebben). Het veelvuldig gebruik van het dienstvuurwapen is dan ook een sterke aanwijzing dat de beschikbaarheid van middelen voor suïcide en de kennis over het gebruik van een methode de drempel tot het gebruik verlaagt.[90] Het vuurwapen verdient dan ook nadere aandacht.

89 Kerkhof en Van Luyn, 2010: 310.
90 Kerkhof en Van Luyn, 2010.

### Heeft inname van het vuurwapen zin?

Volgens Kerkhof en Van Luyn (2010) kan beperking van toegang tot middelen daadwerkelijk leiden tot afname van het aantal suïcides: 'Vaak zien we dat het wegnemen van een methode om suïcide te plegen slechts ten dele wordt gevolgd door substitutie met andere middelen en voor een deel een werkelijke vermindering van het totaal aantal suïcides in het land bewerkstelligt.'[91]

### Huidige regelgeving

De regels voor het naar huis meenemen van het dienstvuurwapen, het thuis en op het werk bewaren van het wapen, het vervoeren, innemen en teruggeven van het dienstwapen zijn per korps/eenheid verschillend. Er is op dit moment, aldus een respondent, geen landelijk uniform beleid ten aanzien van het dienstwapen. Daarnaast is de bestaande regelgeving slechts gedeeltelijk bekend. We hebben geen systematisch onderzoek gedaan naar de regelgeving rond het dienstwapen en de naleving daarvan, maar uit de gesprekken blijkt dat er per suïcide anders is gehandeld en dat verschillende respondenten rond een suïcide soms een ander beeld hebben van de regelgeving. Sommigen zeggen de regelgeving niet goed te kennen en verwijzen naar wat de 'normale gang van zaken' zou zijn.

Effectieve regelgeving en de naleving daarvan is extra belangrijk, omdat enkele betrokkenen zich niet met het eigen dienstvuurwapen van het leven beroofden. Zij hadden toegang tot andermans dienstvuurwapen of een wapenopslag, terwijl dit eigenlijk niet had moeten kunnen, omdat ze niet wapendragend waren of hun dienstvuurwapen was ingenomen.

### Moeilijke afweging bij inname en teruggave

Slechts enkele respondenten zien een probleem in de bestaande praktijken rond het mee naar huis nemen, thuis en op het werk bewaren en vervoeren van het vuurwapen. Een lastiger thema voor hen blijkt de vraag in welke omstandigheden een leidinggevende het dienstwapen kan innemen en weer terug kan geven. Leidinggevenden vinden dit om verschillende redenen ingewikkeld:

- Voor de medewerker wiens dienstwapen wordt ingenomen, kan de inname krenkend zijn. Het is een voor iedereen zichtbaar bewijs dat de betrokken persoon zijn werk niet meer naar behoren kan doen. Wanneer de inname door ziekte komt, wordt intern zichtbaar(der) dat het niet goed met de betrokkene gaat. Er is angst voor stigmatisering, om niet meer te voldoen aan het daadkrachtige beeld dat de politie en KMar graag van zichzelf hebben, en er is vrees om buiten de groep te vallen.[92] Sommige leidinggevenden denken dat het ook uitmaakt op welke manier het vuurwapen wordt ingenomen. Hoe communiceer je dit naar de medewerker en de collega's? Is er ondersteuning na de inname?
- Bij de medewerkers maakt de leidinggevende zich mogelijk niet populair door inname. Hebben de medewerkers het idee dat de leidinggevende hen afvalt of krijgen ze mogelijk juist meer vertrouwen in de leiding? Het zou kunnen zijn dat medewerkers (nog) terughoudend(er) worden om te laten merken dat het niet goed met ze gaat, als daarvan de consequentie kan zijn dat hun dienstwapen wordt ingenomen.
- Een reden om het dienstwapen in te nemen, is dat leidinggevenden het risico willen vermijden dat een medewerker zijn of haar omgeving of zichzelf iets aandoet. Als een leidinggevende verweten kan worden het wapen niet te hebben ingenomen en er gebeurt vervolgens iets met

---

[91] Kerkhof en Van Luyn, 2010: 310.
[92] Van der Torre, 2007: Violanti, 1995; Gersons en Burger, 2012.

dat wapen, dan zal de leidinggevende veel kritiek krijgen. Hetzelfde geldt als de leidinggevende het wapen te vroeg heeft teruggegeven.

– Diverse leidinggevenden zeggen de inhoudelijke criteria om het dienstwapen in te nemen soms onduidelijk te vinden en/of niet goed te kennen. Ze vragen zich bijvoorbeeld af wat doorslaggevende argumenten zijn om het wapen in te nemen of terug te geven, welke (medische) expertise daarbij nodig is, en wat te doen bij twijfel.

## 4.3 Stress en kwetsbaarheidsfactoren

Waarom maakt iemand een eind aan zijn of haar leven? Stressvolle gebeurtenissen in het leven – zoals relatieproblemen of pesterij op de werkvloer – kunnen door de ene persoon gehanteerd worden als tegenslag, terwijl ze de ander het laatste duwtje geven tot zelfdoding. In ons onderzoek merkten we dat er bij de ambtenaren van politie die suïcide pleegden vaak sprake was van meerdere stressoren. Bovendien waren ze daar om uiteenlopende redenen waarschijnlijk kwetsbaarder voor dan andere collega's.



### Meervoudige verklaringen voor suïcides: een uitbreiding van het model?

Uit ons onderzoek blijkt dat er bij elke suïcide sprake was van een combinatie van één of meerdere kwetsbaarheden met vaak meerdere stressoren. Bovendien zijn er indicaties dat stressoren elkaar onderling versterken, evenals kwetsbaarheden.

In aanvulling op het onderscheid tussen stressoren en duurzame kwetsbaarheden, zoals gemaakt in de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, is mogelijk ook een tweede indeling nuttig voor een goed begrip van suïcidaal gedrag en het ontwikkelen van preventiemogelijkheden: het onderscheid tussen persoonsgebonden factoren, factoren die samenhangen met de privéomgeving en factoren uit de werkomgeving. De kwetsbaarheden en stressoren bleken zich namelijk op alle drie deze niveaus te bevinden. Bijvoorbeeld: de directe aanleiding voor een suïcide kan liggen in het interne onderzoek dat op het werk is aangezegd. Zo'n aanzegging is niet alleen een stressor omdat men mogelijk ontslagen wordt, maar kan ook de relatie met partner en kinderen in gevaar brengen door wat er bij zo'n onderzoek aan het licht zou kunnen komen. In onze onderzoeksgroep was bijna altijd sprake van meerdere stressoren tegelijkertijd, waarbij een concreet voorval de spreekwoordelijke druppel was die de emmer deed overlopen. Dat die voorvallen überhaupt konden ontstaan, had vaak te maken met de persoonlijkheid van een betrokkene. En die persoonlijkheid (duurzame kwetsbaarheid) had uiteraard ook invloed op de wijze waarop iemand vervolgens met het voorval omging.

**Tabel 6** Matrix van factoren die invloed hebben op suïcide

| | Persoonsgebonden | Privéomgeving | Werkomgeving |
|---|---|---|---|
| Kwetsbaarheid | | | |
| Stressor | | | |
| Entrapment | | | |

De aanvulling van drie niveaus op het model uit de Multidisciplinaire richtlijn is weergegeven in bovenstaande matrix. Met de matrix willen wij suïcides op een contextuele manier verklaren, en bovendien aanknopingspunten voor aanbevelingen identificeren.



**Patronen in duurzame kwetsbaarheden**

Als we de duurzame kwetsbaarheden van de mensen uit ons onderzoek nader onder de loep nemen, tekenen zich twee typen betrokkenen af: de impulsieven en de terughoudenden.[93] Deze indeling kan helpen om de betrokkenen te begrijpen, maar zelden past iemand volledig in één van beide categorieën.

*Impulsief*

Ambtenaren van politie in deze groep zijn impulsief en streven naar snelle behoeftebevrediging. Ze handelen naar wat er het eerst bij hen opkomt en beheersen emoties met moeite. Het lukt hen vaak niet goed om (stabiele) relaties te onderhouden vanwege hun zwart-wit denkpatroon, het aantrekken en afstoten van anderen, de beperkte reflectie op het eigen handelen en de neiging om via manipulatie van anderen de eigen behoeften te bevredigen. Omdat ze weinig of geen rekening houden met de eigen veiligheid en veiligheid van anderen, kan hun gedrag een verstorend effect hebben op de omgeving, zowel thuis als op het werk. Bij deze politie- en KMar-medewerkers werd bijvoorbeeld duidelijk dat zij in perioden van stress niet efficiënt gebruik maakten van beschikbare steun en/of feitelijk minder steun ontvingen, omdat hun gedrag op eerdere momenten weerstand had opgeroepen. De mensen in deze groep leken gevoelig voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag op het moment dat beschermende factoren, zoals een steunend netwerk, wegvielen.

*Terughoudend*

De ambtenaren van politie in deze groep vermijden sociaal contact, laten zelden de achterkant van hun tong zien, handelen dwangmatig, zijn perfectionistisch en tegelijkertijd onzelfstandig. Maar ze kunnen zich beter aanpassen aan de eisen van het dagelijks leven dan de impulsieve groep. De terughoudende politie- en KMar-mensen hebben in stressvolle omstandigheden vaak moeite om hulp te accepteren, uit schaamte voor hun gevoelens van onmacht of de overtuiging dat ze het allemaal alleen moeten doen. Door hun perfectionisme hebben ze vaak het gevoel dat ze nog beter hun best moeten doen en dit kan leiden tot nog meer stress en angst om te falen.

*Dilemma*

Bovenstaande indeling naar de persoonlijkheidskenmerken 'impulsief' en 'terughoudend' roept de vraag op of het vak van politiemedewerker of militair vooral aantrekkelijk is voor een bepaald type mensen. Als dat zo is, hebben zij dan wellicht vaker dan de gemiddelde beroepsbevolking persoonlijkheidskenmerken die hen extra kwetsbaar maken voor suïcide? Zijn ze bijvoorbeeld meer dan gemiddeld geneigd om zwart-wit te denken, zijn ze meer gesloten en hebben ze meer behoefte om belangrijk gevonden te worden? Het is erg moeilijk om deze vragen te beantwoorden en dit kan in ieder geval niet met voorliggend onderzoek. Maar zelfs als bepaalde persoonlijkheidskenmerken die een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen bij politie en KMar meer voorkomen, dan is het nog de vraag of men deze mensen moet weren uit de organisatie. Misschien zijn juist deze persoonlijk-

93 Deze indeling heeft aanzienlijke raakvlakken met de psychiatrische indeling van persoonlijkheden in cluster B en cluster C.

heidseigenschappen wel heel functioneel om effectief bepaalde taken uit te oefenen. Als men echter de risico's beter in beeld heeft, is preventie van suïcide beter mogelijk.

**Patronen in de aanloop naar de suïcide**

In ons onderzoek kwamen we in ieder geval twee wegen naar suïcide tegen. Er waren suïcides met een lange aanloop waarbij verschillende stress- en kwetsbaarheidsfactoren zichtbaar waren. En er waren onverwachte suïcides, waarbij de aanleiding alleen achteraf herkenbaar werd. Dit onderscheid kan consequenties hebben voor het effect van preventieve maatregelen.

*Suïcides met lange aanloop*



Bij deze suïcides hadden de betrokkenen vaak (langdurig) psychische problemen, en in elk geval op het moment van de suïcide was dit het geval. Dikwijls was er sprake van (langdurig) ziekteverzuim en/of een problematische re-integratie bij werkhervatting. Deze mensen ontvingen vaak professionele hulp, zowel binnen als buiten de organisatie, en waren in het algemeen gemotiveerd om hulp te ontvangen. Ongeveer de helft van de suïcides in ons onderzoek past in deze groep.

Dat er problemen waren, werd door de omgeving als zodanig herkend en regelmatig bespraken mensen uit de omgeving met elkaar en/of met de betrokkene het suïciderisico. Deze zelfdodingen kwamen voor de omgeving dus niet uit de lucht vallen. Dat neemt niet weg dat het voor de omgeving niet altijd duidelijk was wat er precies speelde. De betrokkenen deelden niet alles wat er aan de hand was en in de omgeving had niemand het overzicht van alle problematiek.

*Onverwachte suïcides*

Suïcides kwamen voor de omgeving regelmatig als totaal onverwacht. Familieleden, collega's en ook zorgverleners hadden niet ingeschat dat een betrokkene zich van het leven zou willen beroven. Opvallend is dat de relatie tussen recente gebeurtenissen en de suïcide, door naasten achteraf wel gezien werd. Dikwijls was er ook begrip voor de uiterst moeilijke situatie waarin betrokkenen zich bevonden hadden op het moment van de suïcide. Bij deze betrokkenen was vaak sprake van een werk- of privé-gerelateerde stressvolle gebeurtenis, waarvan de gevolgen verstrekkend waren of zouden zijn als deze aan het licht zouden komen. Er lijkt bij dit type zelfdoding een duidelijk verband te zijn met het (dreigend of reëel) wegvallen van beschermende factoren zoals de collega's en familie. Deze betrokkenen lijken in een kort tot zeer kort tijdsbestek te zijn overvallen door diepe wanhoop en hebben hieruit geen uitweg meer gezien (*entrapment*).

De omgeving wist vaak wel dat iemand problemen had, maar de heftigheid ervan werd niet herkend. Dat deze persoon zichzelf van het leven zou kunnen gaan beroven, was nooit bij naasten opgekomen. Ook achteraf werd regelmatig gezegd dat men een suïcide absoluut niet bij de betrokkene vond passen. De gewelddadigheid en het leed dat anderen werd aangedaan door de zelfdoding zou bijvoorbeeld helemaal niet passen bij het karakter van de betrokkene. Waarschijnlijk speelde impulsiviteit – al dan niet in combinatie met het gebruik van middelen – een rol in de directe aanloop naar het daadwerkelijk plegen van de suïcide.

Betrokkenen die zich onverwacht suïcideren, kenmerken zich in veel gevallen door een behoefte aan erkenning en aanzien. Gebeurtenissen die als directe aanleiding werden gezien, zouden zonder uitzondering leiden tot afbreuk aan het zelfbeeld van de betrokkenen. Opvallend bij deze suïcides is verder dat de impact van stressvolle gebeurtenissen door naasten herkend werd, maar door hen ook onderschat is. De zelfdoding werd door naasten dikwijls ervaren als een te rigoureuze oplossing in verhouding tot de gebeurtenis.

De mensen die onverwacht een eind aan hun leven maakten, hadden vaak geen hulp gehad. Vermoedelijk zou men hulp als krenkend ervaren hebben, of leverde die niet het gewenste resultaat. Regelmatig ook zat er nauwelijks tijd tussen de gebeurtenis die als directe aanleiding werd gezien en de suïcide.



Enkele suïcides waren niet alleen onverwacht, maar ook achteraf onbegrijpelijk. Noch de omgeving, noch de onderzoekers hebben hiervoor een duidelijke aanleiding kunnen vinden. Dus ook de nadere analyse van kwetsbaarheden en stressoren in het leven van de betrokkenen leverde geen bijzonderheden op. Kerkhof en Van Luyn (2010) schrijven dat zelfs op basis van grondig onderzoek achteraf niet altijd te herleiden is waarom iemand zich suïcideert.[94]

## 4.4 Suïcidepreventie op dit moment

De literatuur noemt tal van preventiemogelijkheden voor suïcide, variërend van het vergroten van de kennis bij hulpverleners over zelfdoding tot het innemen van het dienstvuurwapen. In deze paragraaf beschrijven we wat er op het gebied van suïcidepreventie momenteel bij de politie en landelijk gebeurt. Overigens beperken we ons in deze beschrijving tot de politieorganisatie, omdat er op basis van één suïcide bij de KMar nog weinig beeld is van hoe de suïcidepreventie daar in de praktijk werkt.

### De (on)mogelijkheden van werving en selectie

De werving en selectie door de Politieacademie zijn gericht op het identificeren van bekwame politiemedewerkers. Als afgeleide daarvan probeert men mentaal weerbare individuen aan te nemen.
De verwachtingen ten aanzien van suïcidepreventie door werving en selectie zijn bij respondenten erg hoog gespannen. Uit de interviews blijkt dat veel respondenten menen dat als er beter geselecteerd zou worden aan de poort, meer suïcides voorkomen kunnen worden.

Er zijn in de werving en selectie vijf instrumenten die potentieel bijdragen aan suïcidepreventie:[95]

1. de persoonlijkheidsvragenlijst Neo-PiR
2. het afnemen van de Ingrijpende Gebeurtenissen Lijst
3. een psychologisch interview van anderhalf uur
4. een rollenspel dat wordt geëvalueerd
5. een geneeskundig onderzoek[96]

Het is moeilijk om te voorkomen dat er mensen met een verhoogd suïciderisico worden geselecteerd. Ten eerste hebben risicofactoren voor suïcide in de praktijk geen ‘harde’ voorspellende waarde, aangezien er pas sprake is van een verhoogd risico in specifieke omstandigheden. Een voorbeeld: dat iemand depressief is geweest, hoeft helemaal niet te betekenen dat deze persoon zich van het leven zal beroven.

94 Mogelijk ontbreekt er relevante informatie bij de door de onderzoekers moeilijk te verklaren suïcides, omdat in geen van de gevallen familieleden deel uitmaakten van de kring van respondenten.
95 Politieacademie, 2013.
96 Als onderdeel van het geneeskundig onderzoek vindt in principe screening plaats op psychische problematiek aan de hand van DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Ten tweede nodigen vragenlijsten uit tot sociaal wenselijke antwoorden, zoals een respondent zegt over sommige sollicitanten: 'Ik bepaal zelf wel of ik geschikt ben voor het politievak.' Bovendien hebben vragenlijsten, interviews en rollenspellen een leereffect. Er is een grote kans dat in opeenvolgende werving- en selectieprocedures vragenlijsten 'beter' worden ingevuld, kandidaten informatie selectief achterhouden en geneigd zijn sociaal wenselijk gedrag te laten zien. Ook in ons onderzoek bleek een aantal betrokkenen meerdere keren de toetsingsprocedure te hebben doorlopen, en in opeenvolgende selectieprocedures beter gescoord te hebben.

Ten derde kan een gevoeligheid voor psychische problemen en suïcide zich in de loop van het leven ontwikkelen. Bij jonge kandidaten hoeft deze gevoeligheid zich nog niet duidelijk te hebben gemanifesteerd, laat staan dat deze dan al meetbaar is.



Ten vierde loopt men het risico dat door een strenge(re) selectie geschikte kandidaten ten onrechte worden afgewezen. Niet uitgesloten is bovendien dat persoonlijkheidskenmerken die de kwetsbaarheid voor suïcide vergroten, zoals zwart-wit denken, hen juist geschikt maken voor bepaalde politietaken. Misschien is het wel heel nuttig om in een crisissituatie zwart-wit te kunnen denken en snel over te gaan tot handelen.

**Nieuw zorgbeleid bij de politie**

De zorg voor suïcidale politiemedewerkers blijkt in de praktijk nog niet goed te verlopen. Het blijft moeilijk om suïcidaliteit bespreekbaar te maken en er is sprake van een gebrekkige afstemming in de zorgketen. De Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie,[97] binnen welk kader de huidige hulp- en zorgverlening uitgebreid is onderzocht, spreekt dan ook van een 'vlechtwerk van goede bedoelingen' en een 'vermijdende organisatie'.

Om de geconstateerde problemen te verhelpen, formuleert de Nationale Politie momenteel nieuw zorgbeleid. Dit beleid is zich nog aan het uitkristalliseren, maar op basis van een recent beleidsstuk kunnen we wel een aantal pijlers identificeren:[98]

1. *Voor alle psychische problematiek (wel en niet-werkgerelateerd) kan een politiemedewerker via de eenheid toegang krijgen tot de beste zorg.* Zoals de minister zegt: 'Het maakt voor mij aan de voorkant geen verschil of de oorzaak van de zorgvraag van de medewerker – zowel mentaal als fysiek – in het werk is gelegen of dat deze privé-gerelateerd is. […] De medewerker krijgt via het korps toegang tot de beste zorg.'[99] Dit betekent overigens niet dat de politieorganisatie ook voor alle psychische zorg betaalt, daarvoor is de al dan niet werkgerelateerde oorzaak wel van belang.
2. *Inzicht in de gezondheid van de medewerkers.* De politieorganisatie wil, vanuit optimale inzetbaarheid en professioneel handelen (zieke medewerkers kunnen minder goed politiewerk doen), zo goed mogelijk zicht hebben op de gezondheid van haar medewerkers. 'Correcte cijfers over het bestaan van psychische klachten zijn cruciaal voor het goed kunnen volgen van de werking van de zorglijn, om de effectiviteit van het beleid te volgen en de ingezette interventies te bepalen.'[100]

---

97 Gersons en Burger, 2012.
98 TK 29628, nr. 437.
99 TK 29628, nr. 437, p. 3.
100 TK 29628, nr. 437, p. 4-5.

3. *Interne regie op de zorg, door zorgregisseurs, arbeidsdeskundigen en een centrale rol voor de directe leidinggevende.* Om de bestaande versnippering in het zorgaanbod (van een aantal voormalige korpsen) te stroomlijnen en duidelijkheid te scheppen, tracht men meer regie op de hulp- en zorgverlening te krijgen door een aantal relatief nieuwe functies te introduceren en de interne taakverdeling te verduidelijken.
4. *Interne diagnose en externe behandeling.* 'Bij de inrichting van de zorglijn is gekozen voor een zorgmodel dat een mix kent van interne deskundigheid en extern ingehuurde deskundigheid.'[101] De interne deskundigen stellen de diagnose, terwijl het daadwerkelijke hulp- en zorgverleningstraject buiten de interne zorglijn wordt aangeboden.
5. *Eigen verantwoordelijkheid medewerkers.* 'Naast het aanbieden van zorg heeft de medewerker zelf de verantwoordelijkheid voor het hebben en behouden van een optimale eigen inzetbaarheid.'[102]
6. *Georganiseerde collegiale ondersteuning bij potentieel schokkende gebeurtenissen.* Bij ernstige incidenten in de politiepraktijk wordt het Team Collegiale Ondersteuning (TCO) ingezet om opvang te bieden en de psychosociale impact van het incident te monitoren.
7. *Thuisfront betrekken om (vroeg)signalering te verbeteren.* De politieorganisatie wil meer aansluiting bij het gezin en de directe familie van de politiemedewerker, zodat gezin en familie beter weten wat de impact kan zijn van het politievak. Ook in de signalering hebben het gezin en de directe familie een belangrijke rol, omdat zij vaak de eersten zijn die merken dat het mogelijk niet goed gaat. Met hun zorgen kunnen zij bij het 24/7 Loket Politie terecht.



Dit nieuw ingezette beleid is op papier een grote verbetering vergeleken bij de bestaande situatie. Het is echter nog niet geïmplementeerd, dus of het in de praktijk werkt weten we nog niet.

**Landelijk preventiebeleid suïcide**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontwikkeld landelijk beleid ter suïcidepreventie. Dit landelijke beleid is een kader en potentiele inspiratiebron voor de suïcidepreventie bij de politie. Het landelijk streven is om het stijgend aantal suïcides in Nederland te stabiliseren en daarna om te buigen naar een daling van ten minste 1 procent per jaar.[103] Om dit te realiseren, treft het ministerie van VWS onder meer de volgende maatregelen:[104]

- Aanwijzen en opleiden van zogenaamde 'gatekeepers' (poortwachters) om signalen van suïcidaliteit te herkennen.
- Hulverleners die werken met suïcidale patiënten trainen in het gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
- Terugdringen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van middelen voor suïcide. Bijvoorbeeld door de toegang tot het spoor te beperken en het bezit van vuurwapens aan banden te leggen.
- Telefonische en online hulpverlening aan suïcidale personen. Bijvoorbeeld door Sensoor, Stichting Ex6 en Stichting 113online.
- Overleg met de media over de bekendheid van en het werken met de mediarichtlijn voor berichtgeving over suïcides.

[101] TK 29628, nr. 437, p. 3.
[102] TK 29628, nr. 437, p. 4.
[103] TK176499-114150-CZ (2014).
[104] TK176499-114150-CZ (2014).

Hoofdstuk 5

# Conclusies en aanbevelingen

We begonnen dit onderzoek met een reeks vragen. Hoeveel suïcides vinden er plaats onder ambtenaren van politie? Klopt dat aantal met het landelijke gemiddelde over de werkzame beroepsbevolking of komt zelfdoding vaker of minder vaak voor onder medewerkers van politie en KMar? Met welke factoren hangt suïcide van ambtenaren van politie samen? En tot slot: welke beïnvloedingsmogelijkheden hebben de politieorganisatie en KMar om zelfdodingen te voorkomen? 

## 5.1 Conclusies

### Mogelijk meer suïcides bij ambtenaren van politie

Tot 1 maart 2014 zijn er 21 suïcides bij het Registratiepunt aangemeld: 1 bij de KMar en 20 bij de politie. In onze onderzoeksperiode van ruim twee jaar[105] kwam dat neer op gemiddeld 9,0 zelfdodingen per jaar. Als we de groep ambtenaren van politie vergelijken met een groep werkende Nederlanders die daar qua leeftijd en man-vrouw verhouding op lijkt, dan zou je gemiddeld per jaar 6,1 zelfdodingen verwachten. Bij de politie en KMar maken dus ongeveer anderhalf keer zoveel medewerkers een eind aan hun leven als in de vergelijkingsgroep.

Echter, deze cijfers zeggen nog weinig. De onderzoeksperiode is veel te kort om harde uitspraken te doen. Het is mogelijk dat het gemiddelde van 9,0 suïcides per jaar bij ambtenaren van politie voor een deel op toeval berust. Tegelijkertijd is er wel reden tot zorg. Recent internationaal onderzoek wijst er op dat zelfdodingen bij de politie vaker voorkomen dan bij de rest van de beroepsbevolking, al zijn er grote verschillen tussen landen en politiekorpsen.[106] Het zou dus niet verrassend zijn als, zoals de eerste cijfers van het Registratiepunt doen vermoeden, ook in Nederland ambtenaren van politie zich vaker van het leven beroven dan werknemers in andere beroepen.

Een tweede reden tot zorg is dat wij alleen zicht hebben op het spreekwoordelijke topje van de ijsberg. Wij hebben alleen onderzoek gedaan naar de suïcidepogingen die de dood tot gevolg hadden. Kerkhof en Van Luyn (2010) laten zien dat het aantal pogingen waarna men in leven blijft naar schatting ruim vijftig keer zo groot is.[107] Van Beek, Taris en Schaufeli (2013) tonen dat dit aantal bij de politie waarschijnlijk kleiner is,[108] maar dan nog zouden er bij de politie ruim honderd suïcidepogingen per jaar plaatsvinden. Bovendien hebben 3,2% van de respondenten uit het onderzoek van Van Beek e.a. (2013) in het afgelopen jaar overwogen zichzelf te suïcideren.[109] Omgerekend naar de totale politiepopulatie zijn dat ongeveer tweeduizend mensen die suïcide overwegen.

---

105 Het Registratiepunt bestaat sinds 1 maart 2012, maar heeft ook suïcides onderzocht van voor die tijd. De onderzochte suïcides vonden plaats tussen 1 november 2011 en 1 maart 2014.
106 Mishara en Martin, 2012; Timmer e.a., 2011.
107 Naar schatting zijn er ongeveer 94.000 suïcidepogingen per jaar (Kerkhof en Van Luyn, 2010) en de meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek tonen dat er in 2012 1.753 suïcides waren. Dus nog geen 2% van alle suïcidepogingen heeft een dodelijke afloop.
108 Uit het vragenlijstonderzoek door Van Beek, Taris en Schaufeli (2013) komt dat 0,2% van de geënquêteerde politiemedewerkers wel eens een suïcidepoging heeft ondernomen in het afgelopen jaar. Dit is ruim honderd per jaar. Meer dan tien keer zo veel als het gemiddeld aantal fatale suïcides dat bij het Registratiepunt is aangemeld.
109 Van Beek e.a., 2013: 59.

**Dienstvuurwapen is het meest gebruikte middel**
Bijna de helft van de politie- en KMar-mensen schoot zichzelf dood met een dienstvuurwapen. Dit is opvallend, omdat in Nederland bij slechts 4% van de zelfdodingen een vuurwapen wordt gebruikt.[110] De regels voor het naar huis meenemen van het dienstvuurwapen, het thuis en op het werk bewaren van het wapen, het vervoeren, innemen en teruggeven van het dienstwapen verschillen per korps/eenheid. Bovendien lijkt er losjes met de wapens omgesprongen te worden. Dit werd in het onderzoek pijnlijk duidelijk, doordat meerdere mensen die zich suïcideerden tegen de regels in over een dienstvuurwapen konden beschikken.

**Suïcides hebben nooit maar één oorzaak**
Uit het onderzoek blijkt dat steeds meerdere onderliggende oorzaken (duurzame kwetsbaarheden) en aanleidingen (stressoren) een rol speelden in de aanloop naar een zelfdoding. Geen enkele van de onderzochte suïcides kan los worden gezien van persoonskenmerken, de privéomgeving of het werk. Hoe het ‘pad’ naar een suïcidale toestand eruit zag, verschilde per persoon. Wel zijn er enkele patronen te herkennen.

*Impulsiviteit en terughoudendheid*
Alle ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, hadden – achteraf gezien – een breed spectrum aan duurzame kwetsbaarheden, variërend van emotionele instabiliteit en geslotenheid tot de behoefte om belangrijk gevonden te worden en een beperkt probleemoplossend vermogen. Verschillende betrokkenen waren impulsief, streefden naar snelle behoeftebevrediging, en dachten zwart-wit. Ze waren slecht in zelfreflectie, in het beheersen van emoties, en in het onderhouden van (stabiele) relaties. Naast deze impulsieve groep, herkenden we een tweede groep die eerder terughoudend te noemen was. Deze mensen lieten zelden het achterste van hun tong zien, handelden dwangmatig, waren perfectionistisch, meden sociale contacten en toonden zich onzelfstandig.

*Lichamelijke klachten en psychische problemen geven stress*
Vanuit hun kwetsbaarheid bleken de ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten niet goed in staat te zijn om met stress om te gaan. Lichamelijke klachten konden een bron van stress zijn, evenals psychische problemen. Opvallend is dat ons onderzoek, in tegenstelling tot onderzoek uit het buitenland,[111] geen aanwijzingen vindt voor de relatie tussen de suïcides en posttraumatische stress. Dit verband vonden we wel met andere psychische problemen, in het bijzonder met angst en depressie.

*Grote invloed van de privéomgeving*
De directe aanleiding voor de suïcides kwam vaak uit de privé- en/of werkomgeving. Privé speelde bijvoorbeeld regelmatig het (dreigend) verlies van een partner of kind. Ook kwamen ongewenste omgangsvormen en soms strafbaar gedrag meerdere keren voor. Op het moment dat dit gedrag dreigde uit te komen dan wel bekend werd, zagen de betrokkenen geen andere oplossing dan zichzelf van het leven te beroven. Ook kwamen er suïcides voor in de directe omgeving van de betrokkenen, hetzij van een familielid, vriend of iemand voor wie men bewondering had, hetzij van een collega. Deze suïcides hebben waarschijnlijk een ‘besmettelijke’ werking gehad.

[110] Kerkhof en Van Luyn, 2010: 310.
[111] Violanti, 2004.

**Grote invloed van de werkomgeving**
Geen enkele van de onderzochte suïcides kan los van het werk worden gezien (noch van de privé-omgeving). De aanleiding voor suïcide was meerdere keren werkgerelateerd. Zo was het aanzeggen van een intern onderzoek bij uitstek een gebeurtenis waardoor veel op het spel kwam te staan. Zeker als de betrokkene niet het vertrouwen had dat hij of zij zonder kleerscheuren uit dat onderzoek zou komen. Daarnaast bestonden werkgerelateerde aanleidingen onder meer uit slecht functioneren, buiten de groep vallen en ontevredenheid met de loopbaan.

Hechte collegiale banden gelden meestal als een beschermende factor tegen suïcide,[112] maar kunnen tot 'stressor' worden op het moment dat iemand uit de groep gestoten wordt. De ambtenaren van politie die een eind aan hun leven maakten, hadden vooral vrienden op het werk en ook identificeerden zij zich vaak sterk met hun beroep. Als het werk of de positie in gevaar kwam, dreigde er meer dan alleen een inkomstenbron weg te vallen.



Psychische problemen waren in de ogen van betrokkenen regelmatig een reden om buiten de groep te vallen. Betrokkenen zagen hun psychische aandoening dan als een zwakte en waren bang dat anderen hen hierop zouden afrekenen. Ze waren bang om voor 'watje' te worden versleten – hetgeen soms ook gebeurde – en mede daarom terughoudend om hulp te zoeken. Diverse betrokkenen wisten dat het niet goed met ze ging, maar speelden goed weer ten overstaan van collega's, leidinggevenden en soms ook familie en vrienden. Als er wel hulp werd gezocht, deden zij dit vaak pas als de problemen al groot waren.

**Haperingen in de zorgketen**
Bij een aanzienlijk deel van de betrokkenen was de gevoeligheid voor suïcide goed te zien. Toch is die kwetsbaarheid onvoldoende herkend vanuit de organisaties van politie en KMar. In sommige gevallen werden collega's met wie het niet goed ging bijvoorbeeld lange tijd 'in het zadel gehouden', omdat men vreesde dat het verlies van werk wel eens de druppel zou kunnen zijn die de emmer zou laten overlopen. Wanneer bekend was dat een ambtenaar van politie met zelfmoordplannen rondliep, bestonden de ingezette maatregelen hoofdzakelijk uit doorverwijzing naar psychosociale of psychiatrische hulp. In diverse gevallen lijkt die hulp ontoereikend en niet adequaat te zijn geweest, accepteerden betrokkenen de hulp niet en/of werd de hulp niet op de juiste manier afgesloten. De communicatie tussen verschillende hulpverleners (zowel binnen als buiten de organisatie) liet vaak te wensen over, signalen over suïcidale gedragingen werden regelmatig niet met elkaar gedeeld en de ingezette zorg werd niet onderling afgestemd.

We moeten constateren dat er niet voldoende expertise aanwezig lijkt om de kans op suïcide te herkennen, en dat de wel aanwezige expertise wellicht onvoldoende benut wordt. Het onderzoek laat zien dat dit beperkte signaleringsvermogen op diverse plekken in de organisatie voorkomt, waaronder bij verschillende professionele zorgverleners. Dit wil overigens niet zeggen dat alle betrokkenen duidelijke signalen gaven. Sommige zelfdodingen zijn ook achteraf en met uitgebreid onderzoek moeilijk te herleiden. Maar als men beter had geweten waarop te letten, had men in een aantal gevallen waarschijnlijk effectiever kunnen handelen.

[112] Van Hemert e.a., 2012.

## 5.2 Aanbevelingen

De wereld is beperkt maakbaar, vaak onvoorspelbaar en regelmatig onverklaarbaar. Suïcides zijn helaas niet uit te bannen en er is geen eenvoudig recept om ze terug te dringen. Onze aanbevelingen bieden dan ook geen garantie, maar zijn wel stappen om effectieve suïcidepreventie dichterbij te brengen. De eerste twee aanbevelingen zijn gericht op een nieuwe visie binnen de politie waar het om zelfdoding onder medewerkers gaat. De overige negen zijn meer praktisch van aard. Deze praktische aanbevelingen zijn net als paragraaf 4.4 opgebouwd van indirect naar direct. Dus beginnend bij preventie met een indirect effect op suïcides (vaak op lange termijn), bijvoorbeeld werving en selectie, en eindigend met preventie met een direct effect (vaak korte termijn), bijvoorbeeld het innemen van het dienstvuurwapen.



Wij baseren ons in de aanbevelingen op verschillende bronnen: interviews, beleidsstukken en literatuur over preventie, gesprekken met experts en de input van het expertpanel. Dit neemt niet weg dat de aanbevelingen volledig onder de verantwoordelijkheid van de onderzoekers van het Registratiepunt vallen. Overigens beperken we ons in de aanbevelingen tot de politieorganisatie, omdat er op basis van één suïcide bij de KMar nog weinig beeld is van hoe de suïcidepreventie er bij de KMar in de praktijk uit ziet en we daarom geen zinnige aanbevelingen kunnen doen. Dat neemt niet weg dat de aanbevelingen ook relevant kunnen zijn voor de KMar.

**1. Durf en leer het gesprek aan te gaan over moeilijke onderwerpen zoals psychische problemen en suïcidaliteit**

In een professionele organisatie is het wenselijk dat collega's elkaar kunnen vragen hoe het gaat, en dat het veilig genoeg is om op zo'n vraag oprecht antwoord te geven. Niet de gesignaleerde problemen ontwijken, zoals nu vaak gebeurt, maar een pad banen naar meer openheid, eerlijkheid en echte geborgenheid. Daarvoor is een cultuurverandering nodig. Politiemedewerkers zijn van elkaar afhankelijk, en dus doet het er toe hoe goed een collega zich voelt en of hij of zij in staat is het werk naar behoren uit te voeren. Wanneer men binnen politie niet durft om echt het gesprek met elkaar aan te gaan over psychische problemen, grensoverschrijdend gedrag en suïcidaliteit, dan komt er van suïcidepreventie ook weinig terecht.

**2. Suïcidepreventie is een integraal onderdeel van de totale psychosociale ondersteuning en zorg**

Suïcidepreventie is niet een op zichzelf staand iets, maar moet een integraal onderdeel zijn van gedegen psychosociale ondersteuning en zorg. Interventies om zelfdoding te voorkomen zouden vanuit een breder zorgperspectief een positief effect kunnen hebben, waardoor ook medewerkers die geen risico lopen op suïcide, maar met andere psychosociale problematiek kampen, ondersteund worden. We zijn dan ook geen voorstander van een specifiek suïcidebeleid, maar veeleer van aanscherping van het bestaande beleid rond psychosociale ondersteuning en zorg binnen de politie. Daarnaast zoeken we aansluiting bij landelijk beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zoals bijvoorbeeld vastgelegd in de Landelijke agenda suïcidepreventie.[113]

[113] TK176499-114150-CZ (2014).

### 3. Overweeg om de uitkomsten van de psychologische testen uit de eerste sollicitatie leidend te laten zijn

De verwachtingen met betrekking tot werving en selectie zijn erg hoog gespannen: als er beter geselecteerd zou worden aan de poort, zouden suïcides voorkomen kunnen worden. De maakbaarheid is echter ook hier beperkt. We zien wel een verbetermogelijkheid bij mensen die meerdere keren solliciteren. Overweeg om de uitkomsten van de psychologische testen uit de eerste sollicitatie leidend te laten zijn. Hierdoor voorkom je dat ongeschikte kandidaten alsnog worden aangenomen door het leereffect dat optreedt als men meerdere keren solliciteert.



### 4. Onderzoek hoe bestaande instrumenten om de psychische gezondheid van politiemedewerkers te monitoren, ingebed kunnen worden in de suïcidepreventie

Op diverse manieren is er aandacht voor het monitoren en in kaart brengen van het welzijn en de psychische gezondheid van politiemedewerkers. Het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid heeft hier diverse initiatieven voor genomen, bijvoorbeeld de ontwikkeling van een training Mentale Kracht, een mentale check up en een zelfscreener. Deze instrumenten zouden wellicht ook benut kunnen worden ter suïcidepreventie. Wij bevelen aan om de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken. Bijvoorbeeld met betrekking tot de vraag wie beschikking krijgt over deze monitoringsinformatie.

### 5. Creëer meer regie in de zorgketen

Alle psychische problemen in het werk brengen risico's met zich mee: voor de medewerker zelf, de collega's en de burger. Inzicht in de psychische gezondheid en de ontvangen zorg is daarom essentieel. Nu is er onvoldoende inzicht, zowel in termen van welke zorgverleners op welk moment zorg bieden, als in termen van de inhoud van de zorg die een medewerker krijgt.

Als voor een regisseur met medisch beroepsgeheim wordt gekozen, heeft deze in principe toegang tot alle medische informatie van binnen en buiten de organisatie, en kan hij of zij deze informatie interpreteren. Met die informatie heeft de regisseur een optimaal beeld van de gezondheid en suïciderisico's van een politiemedewerker. Wanneer de regisseur geen medisch beroepsgeheim heeft, kan deze niet over alle relevantie informatie beschikken, en moet hij of zij er dus zorg voor dragen dat de zorgprofessionals – artsen, psychologen en (bedrijfs)maatschappelijk werk – goed met elkaar blijven afstemmen. Zodat de zorgprofessionals tijdig risico's kunnen identificeren en kenbaar maken.

Meer regie betekent ook betere dossiervorming. Wie doet op welk moment wat? Wanneer zijn suïcidale uitingen voor het eerst gemeld en wat is er toen mee gedaan? Diverse keren bleken deze vragen niet te beantwoorden op basis van de geraadpleegde dossiers, nog uit de gesprekken met zorgverleners. Om continuïteit van zorg te garanderen is dossiervorming, en het tussen zorgverleners delen van deze informatie, essentieel. Hierdoor ontstaat ook meer zicht op medicatiegebruik en de invloed hiervan op het handelen.[114]

### 6. Verbeter de signalering door poortwachters aan te wijzen en te trainen

Bij een aanzienlijk deel van de betrokkenen was de gevoeligheid voor suïcide te observeren. Toch is die kwetsbaarheid onvoldoende herkend. Onder poortwachters verstaan we de bedrijfsmaatschap-

[114] Bepaalde medicatie, zij het voor psychische of lichamelijke klachten, hindert het functioneren. Ze kan bijvoorbeeld het reactievermogen beïnvloeden en daarmee de rij- en schietvaardigheid. Ook kan medicatie de gemoedstoestand veranderen, waardoor de interactie met burgers en collega's anders verloopt.

pelijk werkers, geestelijk verzorgers, bedrijfsartsen, GZ-psychologen, zorgregisseurs, arbeidsdeskundigen en vertrouwenspersonen binnen de politie. Zij zouden getraind moeten worden in het herkennen van signalen van suïcidaal gedrag en in het bespreekbaar maken hiervan.[115] Deze signalen dienen zij ook kenbaar te maken aan de zorgregisseur, zodat deze de informatie met relevante personen (professionele zorgverleners en directe leidinggevende) kan delen.

**7. Alle bedrijfsartsen en psychologen moeten getraind worden in het toepassen van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**

In aansluiting op het landelijke beleid van het ministerie van VWS[116] moeten artsen en psychologen beter in staat zijn om suïcidaal gedrag te diagnosticeren, te behandelen en om zo nodig door te verwijzen.[117] Training in het toepassen van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is daarvoor belangrijk. De zorgprofessionals dienen de organisatie, en met name de direct leidinggevende, te adviseren bij suïcidaliteit. Ze kunnen leidinggevenden en collega's bijvoorbeeld helpen het thema bespreekbaar te maken en kunnen ook raad geven over inname en teruggave van het dienstwapen.

**8. Zorg dat er standaard aandacht is voor de psychosociale gevolgen van een intern onderzoek**

Sommige suïcides vonden plaats korte tijd na een ingrijpende gebeurtenis, bijvoorbeeld het aanzeggen van een intern onderzoek. Dat dergelijke gebeurtenissen stressvol zijn voor betrokkenen is te voorzien. Gesprekken over een intern onderzoek moeten goed worden voorbereid om risico's in te schatten. Wij adviseren om bij deze voorbereiding een bedrijfsarts, psycholoog of andere poortwachter te betrekken. In ieder geval zou er direct aansluitend op de aanzegging van het interne onderzoek een gesprek met een zorgprofessional moeten plaatsvinden.

**9. Maak eenduidige regelgeving voor het innemen en teruggeven van het dienstvuurwapen, en schrijf op basis hiervan een praktische handleiding**

De beslissing om een dienstwapen in te nemen of terug te geven is nooit makkelijk, maar leidinggevenden kunnen hierin wel beter ondersteund worden. Wij adviseren om dit te doen aan de hand van een praktische handleiding of afwegingskader. Ter voorbereiding op de inname of teruggave van het dienstvuurwapen kan de leidinggevende zich laten adviseren door een poortwachter.

**10. Benut opvang en nazorg na een suïcide(poging) tevens als suïcidepreventie**

Meerdere politiemedewerkers die zich suïcideerden kenden elkaar. Ook uit de literatuur is bekend dat suïcides een 'besmettelijke' werking kunnen hebben.[118] Het bieden van opvang en ondersteuning aan naasten en collega's is belangrijk om een gezonde verwerking te ondersteunen. Bovendien kan dit een waardevol moment zijn in de suïcidepreventie, bijvoorbeeld door informatie te verschaffen en alert te zijn op signalen van verstoorde verwerking.

**11. Blijf de suïcides onder ambtenaren van politie registreren en onderzoeken**

Het blijven registreren en onderzoeken van suïcides is om verschillende redenen noodzakelijk. Ten eerste bestaat het Registratiepunt nog niet lang genoeg om harde uitspraken te kunnen doen over het gemiddeld aantal suïcides per jaar en hoe dit zich verhoudt tot dat in de totale werkzame Neder-

---

115 Landelijk wordt er door het ministerie van VWS ook ingezet op het trainen van 'gatekeepers', bijvoorbeeld leraren op middelbare scholen (TK121350-104392-CZ (2013)).

116 TK121350-104392-CZ (2013).

117 Bedrijfsartsen en GZ-psychologen die zijn getraind in het toepassen van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag hoeven niet nog een aparte poortwachterstraining te krijgen.

118 Kerkhof en Van Luyn, 2010.

landse beroepsbevolking. Ten tweede blijft iedere nieuwe suïcide aanvullende inzichten opleveren over oorzaken, preventiemogelijkheden en (falende) beschermende factoren. Wij verwachten bijvoorbeeld dat nieuwe suïcides zullen helpen om soorten duurzame kwetsbaarheden te identificeren. Ook hebben we vooralsnog relatief weinig inzicht in de jeugd van betrokkenen en hoe of die bij heeft gedragen aan de suïcide. Ten derde is een waardevolle bijvangst dat met vervolgonderzoek gemonitord kan worden hoe de nieuwe zorgketen functioneert en wat het effect is van de hier gepresenteerde aanbevelingen. De suïcides zijn natuurlijk niet representatief voor alle afgenomen zorg: ze geven vooral inzicht in wat er nog niet goed gaat. Maar dit geeft wel nuttige input voor de fine-tuning van het zorgsysteem.



Waardevol zou zijn om in nieuw onderzoek ook suïcidepogingen te registeren en onderzoeken. We hebben nu namelijk geen goed zicht op het aantal suïcidepogingen bij de politie,[119] terwijl deze pogingen naar alle waarschijnlijkheid wel een grote impact hebben en een belangrijke voorspeller zijn voor nieuwe suïcidepogingen. Bovendien is de vraag relevant of pogingen dezelfde oorzaken hebben als suïcides met dodelijke afloop? Zo niet, dan heeft dit wellicht implicaties voor de preventie.

[119] Het onderzoek door Van Beek, Taris en Schaufeli (2013) is gebaseerd op vragenlijsten onder een steekproef van de politie. Vragenlijsten zijn geen accurate methode om het aantal suïcidepogingen binnen de gehele politie te achterhalen. Bovendien richten zij zich alleen op de politie en niet ook de KMar.

# Bijlagen

Bijlage 1

# Samenstelling expertpanel en onderzoeksteam



## Expertpanel

| Naam | Functie |
|---|---|
| Mevrouw M. Baggen | Plaatsvervangend directeur van het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid) |
| De heer R. Bos | Case-coördinator bij de Koninklijke Marechaussee |
| Mevrouw P. van Egmond | Projectleider Veilig en Gezond Werken, HRM Korps Nationale Politie |
| De heer W. Frankenmolen | Bedrijfsarts bij de regionale eenheid Den Haag, voorzitter Landelijk Overleg Bedrijfsartsen Politie |
| De heer K. van Heeringen | Hoogleraar psychiatrie bij de Universiteit Gent, gespecialiseerd in suïcidaliteit |
| De heer A. Kerkhof | Hoogleraar klinische psychologie bij de Vrije Universiteit Amsterdam, gespecialiseerd in suïcidaliteit |
| Mevrouw G. Spijkerman | Centrale vertrouwenspersoon regionale eenheid Noord-Nederland |
| Mevrouw A. Smit | Strategisch adviseur van het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid |
| De heer J. Timmer | Universitair hoofddocent Maatschappelijke Veiligheid aan de Vrije Universiteit Amsterdam |

## Onderzoeksteam

Aan het expertpanel wordt verslag uitgebracht door leden van het onderzoeksteam.

| Naam | Functie |
|---|---|
| De heer N. Burger | Adviseur en onderzoeker bij Stichting Impact |
| Mevrouw J. Gouweloos | Adviseur en onderzoeker bij Stichting Impact |
| Mevrouw M. de Groot | Suïcidoloog en als onderzoeker verbonden aan de Vrije Universiteit |
| Mevrouw R. Mellink | GZ-psycholoog-psychotherapeut bij het Instituut voor Psychotrauma |
| Mevrouw J. Netten | Adviseur en onderzoeker bij Stichting Impact |
| Mevrouw T. van Oss | Psychiater bij het Psycho Diagnose Centrum Politiepoli (PDC Politiepoli) |
| De heer J. Schaart | Raad van Bestuur Stichting Arq |
| Mevrouw I. Spee (projectleider) | Senior beleidsmedewerker Instituut voor Psychotrauma |

Bijlage 2

# Literatuur




- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. en Lofland, L. (2007). Editorial Introduction, in: Handbook of Ethnography, Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. en Lofland, L. (red), pp 1-7.
- Beek, van I., Taris, T.W., & Schaufeli, W.B. (2013). De psychosociale gezondheid van politiepersoneel, Den Haag/ Utrecht: WODC/Universiteit Utrecht.
- Blaauw, E., Kerkhof, A.J.F.M., & Hayes, L.M. (2005). Demographic, criminal and psychiatric factors related toin-mate suicide. Suicide and Life Threatening Behaviour, 35, 1, 63-75.
- Blaauw, E., Van der Voort, M.,& Kerkhof, A.J.F.M. (2000). Bedreigingen pesterijen en suïcidaliteit in detentie. Een onderzoek onder suïcideplegers en onder suïcidale en niet-suïcidale gedetineerden in het Nederlandse gevange-niswezen. Tijdschrift voor psychiatrie, 42(2), 73-83.
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek Denken en doen, Amsterdam: Boom onderwijs.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., &Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003, 33, 395-405.
- Corbin, J., Strauss, A. (2008). Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Groun-ded Theory, Londen: Sage Publications.
- Gersons, B.P.R., Burger, N.R.R. (2012). Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie, onderzoek in opdracht van het minis-terie van Veiligheid en Justitie.
- Gersons B.P.R. (2005). Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen, Advies aan de staatssecretaris van Defensie.
- Gilissen, R., Bruin, de K., Burger, I., Hemert van B. (2013). Kenmerken van personen overleden door zelfdoding, in: Epidemiologisch bulletin, 48 (4).
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J.,Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological auto-psy approach to studying suicide: A review of methodological issues. Journal of Affective Disorders, 50, 269-276.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suïcide. Lancet 2009, 373, 1372-81.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J.J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority, and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. Journal of Epidemiology and Community Health, 55, 296-300.
- Hem, E., Berg, A.M., & Ekeberg, O. (2001). Suicide in police: A critical review. Suicide and Life-threatening beha-viour, 31, 224-233.
- Hemert, van A.M., Kerkohof, A.J.F.M., Keijser, de J., Verwey, V., Boven, van C., Hummelen, J.W., Groot, de M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steenman, M., Stringer, B. & Verlinden, A.A. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag, Utrecht: de Tijdstroom.
- Hoogenboom, B., Huizing, J., Pragt, E., & Bakker J. (2013). Zo doen we dat hier.
- Huisman, A. (2010). Learning from suicides: Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands.
- Joiner, T.E. (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kerkhof, A. & Luyn, van B. (2010). Suïcidepreventie in de praktijk, Houten: Bohn Stafleur van Loghum.

- Maguen, S., Metzler, T.J., McCaslin, S.E., Inslicht, S.S. et al. (2009). Routine work environment stress and PTSD symptoms in police officers. The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 197, nr. 10.
- Mohandie, K.,& Hatcher, C. (1999). Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. Behavioral sciences & the law, 17, 357-376.
- Ministerie van Defensie (2014). Personele kengetallen en trends Defensie 2013, Den Haag.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Jaarverslag Nederlandse Politie 2012, Den Haag.
- Mishara, B.L. & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program, in: Crisis, 33 (3): 162-168.
- Politieacademie (2013). De Meting van Professionele Weerbaarheid door Afdeling Werving en Selectie van de Politieacademie, Apeldoorn.



- Smit, A.S., Gersons, B.P.R., Buschbach, van S., Dekker, den M., Mouthaan, J., & Olff, M. (2013). PTSS bij de politie – een beter beeld, Apeldoorn: Politieacademie.
- Stuart, H. (2008). Suicidality among police. Current opinion in Psychiatry, 21, 505-509.
- Timmer, J., De Vos, R., Van der Tillaart, J., & Gosepa, S. (2011). Politiesuïcide, inventarisatie van zelfdoding door ambtenaren van politie in Nederland. Amsterdam, Politieacademie.
- TK 29628 (2014). Brief van de Minister van Veiligheid en Justitie aangaande psychosociale zorg bij de politie.
- TK 176499-114150-CZ (2014). Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangaande de landelijke agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013.
- TK 121350-104392-CZ (2013). Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangaande nieuwe streefcijfer suïcide.
- Torre, van der E.J. (2007). Politiecutluur, in: C.J.C.F. Fijnaut, E.R. Muller, U. Rosenthal & E.J. van der Torre (red.). Politie. Studies over haar werking en organisatie. Deventer: Kluwer, pp. 495-516.
- Van der Velden, P., Kleber, R.J., Grieving, L., & Yzermans, J.C. (2010). Confrontation with aggression and mental health problems in police officers, the role of organizational stressors, life events and previous mental health problems. Psychological Trauma: Theory, research, Practice& Policy, nr. 2 (2), 135-144.
- Van Heeringen, C., & Bollen, J. (Red) (2002). Suïcide in het ziekenhuis. Aanbevelingenterpreventie. Gent: Academia Press.
- Violanti, J.M. (1995). The mystery within understanding police suicide. FBI Law Enforcement Bulletin, 4, 19-23.
- Violanti, J.M. (2004). Predictors of police suicide ideations. Suicide and Life-threatening behavior, 34 (3), 277-283.

Bijlage 3

# Werkwijze en onderzoeksmethode van het Registratiepunt



**De werkwijze van het Registratiepunt is in zes stappen opgebouwd:**

1. Aanmelding van een suïcide en verzamelen van basisgegevens
2. Voorbereiding van de psychologische autopsie
3. Uitvoeren van de psychologische autopsie
4. Opstellen conceptrapportage psychologische autopsie
5. Toetsing door expertpanel en opstellen definitieve rapportage psychologische autopsie
6. Opstellen overkoepelend rapport alle onderzochte suïcides

## Stap 1: Aanmelding van een suïcide en verzamelen van basisgegevens

Per 1 maart 2012 moet een suïcide binnen 5 werkdagen worden aangemeld bij het Registratiepunt. Het Registratiepunt is voor het aanmelden van suïcides geheel afhankelijk van de medewerking van de politieorganisatie en de KMar. In nauwe samenwerking met het Programma Versterking Professionele Weerbaarheid Politie en de KMar is geïnvesteerd in het creëren van bekendheid en draagvlak voor het Registratiepunt. Inmiddels is er in alle regionale eenheden een contactpersoon van het Registratiepunt en is er een landelijk contactpersoon bij de KMar. Concreet houdt de melding in dat het Registratiepunt op de hoogte wordt gesteld van de naam van degene die zich gesuïcideerd heeft, de datum van overlijden, de functie en een contactpersoon waarmee de onderzoekers het vervolgcontact kunnen onderhouden.

## Stap 2: Voorbereiding van de psychologische autopsie

De suïcides worden onderzocht aan de hand van de psychologische autopsie-methode.[120] Dit is een systematische kwalitatieve procedure om het psychologisch leven van een individu te reconstrueren na het overlijden. Het is een manier om de oorzaken en aanleidingen voor suïcide te achterhalen via het raadplegen van diverse bronnen.[121] Meer in het bijzonder heeft de door ons gebruikte psychologische autopsie-methode de vorm van een 'medische audit'. Dit is een methode die in zorginstellingen wordt gebruikt door de (para)medische staf om na een suïcide te evalueren of signalen zijn gemist of onderschat en of er juist is gehandeld.[122] In de onderhavige studie betreft het een verzameling 'single-case' studies.

Ter voorbereiding op de psychologische autopsie wordt er enkele weken na de suïcide een afspraak gemaakt tussen de contactpersoon bij de politie of KMar en de onderzoekers van het Registratiepunt. Tijdens dit gesprek komen zowel procesmatige zaken aan de orde (zoals een toelichting bij het onderzoek, hoe toegang tot gesprekspartners wordt verkregen en de planning) als de inhoud van

[120] Heeringen en Bollen, 2002.
[121] Hawton, 1998.
[122] Heeringen en Bollen, 2002.

de suïcide (Om wie ging het? Datum en wijze van suïcide? Mogelijke aanleidingen en onderliggende oorzaken? Et cetera).

### Stap 3: Uitvoeren psychologische autopsie

De onderzoekers baseren de psychologische autopsie op een combinatie van semi-gestructureerde interviews en dossieranalyse.

*Semi-gestructureerde interviews*

Om informatie te krijgen over de omstandigheden van en mogelijke motieven voor de suïcide, spraken de onderzoekers met nabestaanden. De onderzoekers interviewden nabestaanden met verschillende soorten relaties tot de betrokkene. Op deze manier is getracht een volledig beeld te vormen van de betrokkene (de term 'betrokkene' wordt gebruikt voor degene die zich gesuïcideerd heeft).



Indien mogelijk werden de volgende personen geïnterviewd:

- de directe leidinggevende en/of de directe leidinggevende in een eerdere functie;
- twee à drie directe collega's in de huidige functie, eventueel in eerdere functies;
- twee familieleden en/of vrienden, bijvoorbeeld de partner, ouder(s), broer/zus, goede vriend(in);
- de bedrijfsarts en/of behandelend psycholoog, psychiater, bedrijfsmaatschappelijk werk of huisarts.

In de praktijk lukt het vooralsnog altijd om de leidinggevende, collega's en vrienden te spreken. De medewerking van de regionale eenheden is groot. Daarentegen verliep het verkrijgen van medewerking van de bedrijfsartsen bij een aantal suïcides moeizaam, maar is wel gelukt. Overigens is de bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werk, huisarts of psycholoog alleen geïnterviewd als de betrokkene in het afgelopen twee jaar contact met die persoon had. In totaal zijn 119 personen gesproken;[123] per betrokkene gemiddeld zes. Het aantal respondenten per suïcide varieert tussen 3 en 11.

De semi-gestructureerde interviews vonden plaats aan de hand van vaste gespreksthema's.[124] Op basis van de literatuur over suïcides in de algemene bevolking[125], suïcide binnen de politieorganisatie[126] en onderzoek op het terrein van werkstress binnen de politieorganisatie[127], hebben wij in ieder geval twaalf mogelijke oorzaken van suïcide geïdentificeerd. Deze twaalf mogelijke oorzaken zijn de vaste gespreksthema's. Ze kunnen zowel op risicofactoren als beschermende factoren wijzen[128] en zijn geclusterd in drie groepen: persoonskenmerken, privé context en werkgerelateerde factoren. Tabel 7 geeft een overzicht van de gespreksthema's.

---

[123] Dit aantal neemt nog toe, omdat het onderzoek van vier suïcides nog niet geheel is afgerond. Zie hoofdstuk 3 voor een nadere toelichting.
[124] Boeije, 2005.
[125] Onder meer Kerkhof en Van Luyn, 2010; Blaauw et al., 2005; Blaauw et al., 2000; Cavanagh et al., 2003; Hawton et al., 1998; Hawton & Van Heeringen, 2009; Van Heeringen & Bollen, 2002
[126] Onder meer Hem et al., 2001; Mohandie & Hatcher, 1999; Stuart, 2008; Timmer et al. 2011; Violanti, 1995, 2004
[127] Maguen et al., 2009; Van der Velden et al., 2010.
[128] Aangezien de psychologische autopsies plaatsvinden bij politiemedewerkers die daadwerkelijk zijn overleden, ligt de nadruk in het onderzoek op het onderscheiden van de redenen waarom zij zich suïcideerden (risicofactoren). Dit neemt niet weg dat ook de aanwezige beschermende factoren worden benoemd. We trachten immers een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de betrokkene.

**Tabel 7** Gespreksthema's interviews

| | | | |
|---|---|---|---|
| persoonskenmerken | 1 | Levensloop | jeugd/gezin, opleidingen/scholen, woonplaatsen, opvallende gebeurtenissen (life events), bijzondere gebeurtenissen in de familie |
| | 2 | Persoonlijkheid | culturele achtergrond, religie, omgang met anderen, omgaan met situaties, omgaan met problemen |
| | 3 | Gezondheid | psychische gezondheid, suïcidaal gedrag, piekeren, lichamelijke gezondheid, medicatiegebruik, gebruik van middelen, verslavingen, sport |
| | 4 | Agressiehantering | omgaan met en zelf gebruiken van verbaal en fysiek geweld |
| privé-context | 5 | Relaties | partner, seksuele geaardheid, kinderen |
| | 6 | Sociale contacten | contacten: vrienden, pesten, sociale media |
| | 7 | Huisvesting | type huisvesting, huisgenoten, verhuisplannen |
| | 8 | Financiën | financiële situatie, schulden, alimentatie |
| Werk-gerelateerd | 9 | Werkverleden | wanneer bij politie begonnen, waar werkzaam voor politie, bijzonderheden selectie, stage en werkplaatsen, functioneren in voorgaande functies binnen en buiten de politie |
| | 10 | Werkomstandigheden | werkbeleving, werkstress, functioneren, strafbare feiten |
| | 11 | Collegiale verhoudingen | hoe was de persoon als collega, opvallende veranderingen, sociale veiligheid, omgang met gezag, collegiale verhoudingen |
| | 12 | Incidenten | meemaken van schokkende gebeurtenissen |

De interviews werden afgenomen door twee onderzoekers van Arq, waarvan steeds in ieder geval één psycholoog.[129] Van ieder gesprek werd een verslag gemaakt dat door de mede-interviewer werd gecontroleerd (het is niet aan de respondent ter toetsing voorgelegd). Er zijn geen audio opnames gemaakt, omdat de toegevoegde waarde voor het onderzoek beperkt leek en omdat dit wellicht zou leiden tot meer terughoudendheid bij respondenten om openlijk te spreken.

*Dossieronderzoek*
De gegevens uit de interviews werden aangevuld met informatie uit de volgende bronnen (indien aanwezig):

- selectierapport bij aanstelling;
- personeelsdossier;
- medische dossiers;
- onderzoek door de Rijksrecherche.

De dossiers werden ter plekke ingezien door de onderzoekers. Het medisch dossier wordt mondeling door de bedrijfsarts, psycholoog en/of huisarts van de betrokkene gedeeld met een psychiater uit het onderzoeksteam.

### Stap 4: Opstellen conceptrapportage psychologische autopsie

Nadat alle gesprekken zijn gevoerd en de beschikbare dossiers zijn ingezien, stellen de onderzoekers een rapportage op van de betreffende suïcide. In de rapportage is aandacht voor alle feiten rond de

[129] Daarnaast is een psychiater van Stichting Arq betrokken om te overleggen met de bedrijfsarts.

suïcide (met uitzondering van de naam, functie en regionale eenheid van de betrokkene) en de meningen van de respondenten. Aan het einde van dit rapport formuleren de onderzoekers welke duurzame kwetsbaarheden een aanwijzing vormden voor de suïcidale gevoeligheid, en door welke (stressvolle) gebeurtenissen de kwetsbaarheid voor suïcide tot uitdrukking is gebracht. Het komen tot deze interpretaties / hypothesen gebeurt door een groep van vier onderzoekers en is derhalve intersubjectief te noemen.[130]

Belangrijk om te vermelden is dat de rapportage van de psychologische autopsie alleen wordt ingezien door de onderzoekers en door het expertpanel. Deze rapportage wordt dus nooit teruggekoppeld aan bijvoorbeeld de gesprekspartners of leidinggevenden.



### Stap 5: Toetsing door expertpanel en opstellen definitieve rapportage psychologische autopsie

Om toezicht te houden op de kwaliteit van het onderzoek, is een expertpanel ingesteld. Hierin zitten zowel deskundigen vanuit de politieorganisatie en KMar op het domein van mentale weerbaarheid, zorg en incidenten, als deskundigen van buiten de politie en KMar, die zijn gespecialiseerd in het suïcidedomein (zie bijlage 1 voor een overzicht van de leden van het expertpanel). Het expertteam vervult haar toezichthoudende rol onder meer door feedback te geven op de conceptrapportages van de psychologische autopsies. Het expertpanel toetst per casus of de interpretaties van de vier onderzoekers aannemelijk zijn. Alle individuele casussen worden dan ook in het expertpanel besproken. De leden van het onderzoeksteam zijn aanwezig bij het overleg van het expertpanel om waar nodig toelichting te geven, maar maken geen onderdeel uit van het expertteam.

### Stap 6: Opstellen overkoepelend rapport alle onderzochte suïcides

Op basis van de suïcides die tot 1 maart 2014 zijn aangemeld, brengt het Registratiepunt een overkoepelende rapportage uit waarin alle suïcides zijn opgenomen. Dit is het voorliggende rapport. Paragraaf 1.3 beschrijft op hoofdlijnen de totstandkoming van dit rapport. Hier werken we enkele thema's op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit (de kwaliteit van het onderzoek) nog verder uit. Betrouwbaarheid van een onderzoek heeft betrekking op beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten. Validiteit gaat over de beïnvloeding door systematische fouten.[131]

*Interviewdata is een co-creatie*

De interviews werden afgenomen door verschillende onderzoekers. Hoewel middels het onderzoeksprotocol op hoofdlijnen omschreven, zal de werkwijze van de interviewers tot op zekere hoogte verschillen. Bijvoorbeeld doordat zij in verschillende mate over bepaalde gebeurtenissen doorvroegen. Dit kan een bedreiging zijn voor de betrouwbaarheid, in dat verschillende interviewers enigszins andere onderzoeksdata genereren.

Bovendien is het mogelijk dat interviewers systematisch en in een bepaalde richting hebben doorgevraagd. Bijvoorbeeld (als stereotype voorbeeld) doordat vrouwelijke interviewers met vrouwelijke respondenten dieper doorvroegen naar de man-vrouw verhouding in de relatie, en dat mannelijke interviewers met mannelijke respondenten dieper doorvroegen naar problemen van betrokkenen in het kader van geringe promotiekansen. Omdat in dit voorbeeld de waarnemingen beïnvloed kunnen zijn door 'een systematische fout' (verschillende interessegebieden als gevolg van het verschillende geslacht van de interviewers) kan dit een bedreiging zijn voor de validiteit van de uitkomsten.

[130] Boeije, 2005.
[131] Boeije, 2005.

Deze risico's voor betrouwbaarheid en validiteit zijn inherent verbonden aan kwalitatief onderzoek. De data wordt in zekere zin gecocreëerd in interactie met de onderzoekspopulatie. Om de risico's hiervan te beperken, zijn de interviews met twee interviewers gedaan; wisselde de samenstelling van deze twee interviewers zodat men kritisch bleef op hetgeen werd uitgevraagd; werden de psychologische autopsies door het hele onderzoeksteam en het expertpanel van feedback voorzien; en vond er zo nodig meer dataverzameling plaats als het onderzoeksteam of expertpanel hier noodzaak toe zag.

*Participatie nabestaanden*
Een belangrijkere methodologische beperking is dat nabestaanden buiten de politie of KMar bij minder dan de helft van de suïcides wilden deelnemen aan het onderzoek (bij 9 van de 21 suïcides is vooralsnog met nabestaanden buiten de politie of KMar gesproken). Ze waren bijvoorbeeld bang dat het gesprek emotioneel te belastend voor ze zou zijn of ze vinden dat een gesprek niet nodig is, omdat de suïcide in hun beleving niets met het werk te maken heeft. Vermoedelijk hebben we van deze cases een minder goed beeld gekregen van de oorzaak en aanleidingen voor de suïcide. De waarnemingen zijn dan mogelijk beïnvloed door een 'systematische fout', wat de validiteit kan bedreigen. Desondanks hebben we in deze casussen veel informatie verzameld op basis waarvan wij en het expertpanel toch denken een redelijk goed inzicht te hebben. Overigens zijn vier casussen nog niet afgerond en zal in ieder geval in een deel van deze casussen nog met nabestaanden gesproken worden.



Uiteraard staat het nabestaanden vrij om al dan niet aan het onderzoek deel te nemen. Uit de gevoerde gesprekken, zowel binnen als buiten de organisatie, bleek dat de gesprekspartners het, hoewel soms emotioneel, over het algemeen fijn vonden om over de suïcide te kunnen spreken met de onderzoekers. Meermalen vertelden respondenten achteraf dat het interview hen hielp om de suïcide beter een plek te geven, dat ze het fijn vonden dat er ruimte was voor hun verhaal en emoties en dat ze het positief ervaren dat de politie en KMar de suïcides laat onderzoeken met het oog op preventie (de suïcides worden in de ogen van de respondenten daardoor serieus genomen).

*Controlegroep*
Om de validiteit te vergroten, proberen (kwantitatieve) onderzoekers vaak een vergelijking te maken met een controlegroep. Zijn de duurzame kwetsbaarheden en stressoren die wij hebben onderscheiden bij de betrokkenen wel echt uniek voor deze groep, of zijn ze ook aanwezig bij ambtenaren van politie die zich niet suïcideren? Wij kunnen deze vraag niet met zekerheid beantwoorden, omdat we geen ambtenaren van politie hebben onderzocht die in leven zijn.

Een controlegroep had de validiteit van het onderzoek hoogstwaarschijnlijk vergroot, maar om verschillende redenen is hier van afgezien. Ten eerste is het ethisch ingewikkeld om op precies dezelfde manier ambtenaren van politie te onderzoeken die in leven zijn. We zouden dan met collega's, familie en vrienden moeten gaan praten om de psychische gesteldheid en het suïciderisico van iemand te achterhalen met wie het in principe goed gaat. Dit kan ingrijpend zijn voor de onderzochte personen en voor de gesprekspartners. Ten tweede is de selectie van een controlegroep moeilijk. Met wie kunnen de betrokkenen het beste vergeleken worden? De onderzoekers konden hier nog geen bevredigend antwoord op formuleren. Ten derde was er geen budget om een controlegroep te onderzoeken.

Bijlage 4

# Overzicht stress- en kwetsbaarheidsfactoren



Op basis van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a., 2012) presenteren we hier ter achtergrond een selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren en van beschermende factoren.

**Selectie van stress- en kwetsbaarheids-factoren**

*Suïcidaal gedrag*
- Recente suïcidepoging
- Suïcidepoging met een grote kans op een fatale afloop
- Suïcidegedachten, intentie, plannen
- Beschikbaarheid van een middel om suïcide mee te plegen
- Suïcidepogingen of zelfdestructief gedrag in de voorgeschiedenis

*Persoonskenmerken*
- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)

*Psychiatrische aandoeningen*
- Stemmingsstoornis (depressie en/of manie)
- Angststoornis
- Schizofrenie of psychotische stoornis
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs)
- Verslaving
- Eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
- Slaapstoornis (bij ouderen)
- Suïcide in de familie

*Psychologische factoren*
- Wanhoop
- Negatief denken, zwart-wit denken
- Denken een last te zijn voor anderen
- Angst
- Agitatie (opwinding) en/of agressie
- Impulsiviteit (eerst doen, dan denken)

*Gebeurtenissen en verlies*
- Verlieservaringen
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
- Lichamelijke ziekte, pijn
- Werkloosheid
- Detentie

Selectie van beschermende factoren
- Sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie met een hulpverlener

**Arq Psychotrauma Expert Groep**
Nienoord 5
1112 XE Diemen
Telefoon + 31 (0)20 840 76 40
info@arq.org
www.arq.org

impact | partner in arq Psychotrauma Expert Groep